



**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA  
PACIENTA PRED OBRAVNAVO V AMBULANTI**  
(vsa vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 14 dni)

IME IN PRIIMEK PACIENTA: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

**NAROČEN SEM NA OBRAVNAVO**

(pri zdravniku/v ambulanto): \_\_\_\_\_

	<b>VPRAŠANJE</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
1.	Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ali ste prehlajeni?		
3.	Ali kašljate?		
4.	Vas boli v grlu, žrelu?		
5.	Imate spremenjen okus ali vonj?		
6.	Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
7.	Imate bolečine v mišicah?		
8.	Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
9.	Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?		
10.	Ste imeli morda pozitiven bris na COVID-19?		
11.	Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci)?		
12.	Ali ste bili oziroma ste v stiku z osebo, za katero je odrejena karantena?		

**V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se pred obravnavo najprej posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto po telefonu.**

Izpolnjen vprašalnik se vloži v zdravstveni karton pacienta.

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

\_\_\_\_\_  
(podpis)