



**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTA
IN IZPOLNJEVANJA PCT POGOJEV PRED OBRAVNAVO V
AMBULANTI**

IME IN PRIIMEK PACIENTA: _____

DATUM: _____

NAROČEN SEM NA OBRAVNAVO

(pri zdravniku/v ambulanto): _____

	VPRAŠANJE	DA	NE
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.	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.

IZJAVLJAM, DA IZPOLNJUJEM ENEGA OD POGOJEV PCT (OZNAČI USTREZNO)	
Imam potrdilo o polnem cepljenju	
Imam potrdilo o prebolewnosti covid-19	
Imam negativni HAG oz. PCR test,	
ki ni starejši od predpisanega roka in velja do	

Izpolnjen vprašalnik se vloži v zdravstveni karton pacienta.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb in izjavljam, da se zavedam svoje kazenske in materialne odgovornosti za resničnost in pravilnost navedenih podatkov in da se lahko v nasprotnem primeru zoper mene uvede postopek zaradi krive izpovedbe.

(podpis, datum in ura) _____

Izdaja: 3	Datum: 15.09.2020	Številka obrazca: OBR SPLOPO2 18
-----------	-------------------	----------------------------------



**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTA
IN IZPOLNJEVANJA PCT POGOJEV PRED OBRAVNAVO V
AMBULANTI**

Navedeni vprašalnik se uporabi samo v primeru večkratnih naročenih zaporednih obiskov pacienta.

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

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