

VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE

ZDRAVSTVENO STANJE PACIENTOV PRED OBRAVNAVO

(vsa vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 14 dni)

Ime in priimek pacienta: _____

Datum rojstva: _____ tel. št.: _____

e-naslov: _____

Označi!

VPRAŠANJE	DA	*NE
1. Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5°C)?		
2. Ali ste prehlajeni?		
3. Ali kašljate?		
4. Vas boli v grlu ali 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)?		

OPOZORILO !

*** V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ PO TELEFONU posvetujte z osebnim zdravnikom ali z zobno ambulanto!**

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:

Datum: _____