Zdravstveni dom Ljubljana
Community Health Centre Ljubljana

VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTA PRED OBRAVNAVO V AMBULANTI V ČASU PANDEMIJE COVID-19

Ime in priimek pacienta: _____

Datum: _____

Vprašanja 1.-11. se nanašajo na TRENUTNO STANJE in NA OBDOBJE PRETEKLIH 14 DNI !

V ZD Ljubljana se trudimo zagotoviti varno obravnavo vseh pacientov, k temu pripomorete tudi Vi z navajanjem resničnih podatkov. Hvala!

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	**Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5º 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 (driska 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 z okuženo osebo ali potencialno okuženo osebo s SARS-CoV-2 virusom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci,…)?**		
12.	**Izpolnjujem pogoj PCT** (obkrožite)**:** **P – prebolel/-a** **C – cepljen/-a** **T – testiran/-a**		

V kolikor ste na katero od vprašanj 1. - 11. odgovorili z DA, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte v ambulanti, kjer ste naročeni.

Potrjujem, da sem seznanjen/-a, da:

- sem dolžen/-a dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oz. zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične podatke v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem*;
- se ta vprašalnik hrani 1 mesec po obravnavi.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb!

_____
(podpis)

*V skladu s 54. členom Zakona o nalezljivih bolezni je navajanje neresničnih podatkov **prekršek** in skladno s 177. členom Kazenskega zakonika **kaznivo**.