

**VPRAŠALNIK: PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV/OBISKOVALCEV PRED
VSTOPOM V BOLNIŠNICO**

Ime in priimek pacienta/obiskovalca: _____

Datum obiska: _____

Pogoji PCT	Datum	
Prebolel COVID-19		
Cepljen proti COVID-19		
Testiran na COVID-19-(datum zadnjega testiranja)		
VPRAŠANJA O ZDRAVSTVENEM STANJU		
	DA	NE
Imate ali ste imeli povišano telesno temperaturo (nad 37,5°C) v zadnjih 14 dneh?		
Ste prehlajeni?		
Kašljate?		
Vas boli v grlu, žrelu?		
Imate spremenjen okus ali vonj?		
Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
Imate bolečine v mišicah?		
Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?		
Ste bili v stiku z okuženo osebo (oboleli svojci, sostanovalci ali sodelavci)?*		

*Kot stik z okuženo osebo ne štejemo stikov zdravstvenih delavcev v ustrezni osebni varovalni opremi z okuženimi ali potencialno okuženimi pacienti pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**Pregledal:****Navodila za paciente/obiskovalce za izpolnjevanje vprašalnika zaradi epidemije COVID-19:***Anketni vprašalnik izpolnite dan pred načrtovano zdravstveno obravnavo/obiskom.**Za paciente:*

- Če izpolnjujete pogoj PCT in ste na vsa vprašanja odgovorili z NE, pridite na obravnavo kot je predvideno. Izpolnjen anketni vprašalnik morate prinesiti s seboj.*
- Če ste na katerokoli vprašanje odgovorili z DA, pokličite tel. številko, ki je na vabilu ali na elektronski naslov narocanje@sb-nm.si. Prejeli boste nadaljnja navodila.*

Za obiskovalce:

- Če izpolnjujete pogoj PCT in ste brez znakov akutne okužbe, se z osebjem oddelka dogovorite za termin obiska pri svojcu.*

Obrazec se hrani mesec dni po obravnavi.