

**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.*

Za poslovne partnerje:

- Če izpolnjujete pogoj PCT in ste brez znakov akutne okužbe, se z pristojno osebo dogovorite za termin poslovnega obiska.*

Obrazec se hrani mesec dni po obravnavi.