



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana
T: 01 478 60 01
F: 01 478 60 58
E: gp.mz@gov.si
www.mz.gov.si



Partizanska ulica 30, 2310 Slovenska Bistrica
Tel.: 02/ 843 27 00, fax: 02/818 19 03
Podračun EZR: 01313 - 6030924244
email: zd-sl.bistrica@siol.net, www.zd-sb.si



Datum: 29. 4. 2020

VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV PRED OBRAVNAVO V AMBULANTI* (vsa vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 14 dni):

Ime in priimek pacienta: _____

Datum: _____

	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)?		

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

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:
