



VPRAŠALNIK ZA PACIENTE O EPIDEMIOLOŠKI POIZVEDBI ZA KORONAVIRUSOM (COVID-19)

Ime in Priimek pacienta:
Datum rojstva:
Naslov: Telefon:
Datum izpolnjevanja:

1. ALI STE IMELI V ZADNJIH 14 DNEH OZ. IMATE KATEREGA OD NASLEDNJIH SIMPTOMOV?

	DA	NE
1. povišana telesna temperatura (nad 37,5°C)		
2. kašelj		
3. nahod		
4. boleče grlo		
5. bruhanje/driska		

2. ALI STE PRED PRIHODOM V BOLNIŠNICO VZELI ZDRAVILO, KI ZNIŽUJE VROČINO/ TELESNO TEMPERATURO (Lekadol[®], Daleron[®], Diverin[®], Aspirin[®], Ibubel[®], Analgin[®], Brufen[®], Naklofen[®], Naprosyn[®], Ketonol[®]...)?

DA NE

3. ALI STE BILI V ZADNJIH 14 DNEH PRED OBISKOM BOLNIŠNICE V STIKU Z OSEBO, KI JE KAZALA ZGORAJ NAŠTETE SIMPTOME?

DA NE

4. ALI STE BILI V ZADNJIH 14 DNEH PRED OBISKOM BOLNIŠNICE V STIKU Z OSEBO, PRI KATERI JE POTRJENA OKUŽBA S KORONAVIRUSOM OZIROMA JE PREBOLELA COVID-19?

DA NE

5. ALI STE IMELI POTRJENO OKUŽBO S KORONAVIRUSOM OZIROMA STE PREBOLELI COVID-19?

DA NE

Če je odgovor DA, kdaj? _____

S podpisom jamčim za točnost podatkov. Podpis pacienta:

Pregledal/ Podpis odgovorne osebe in datum:

Pregledal/ Podpis zdravnika: