



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

Ime in Priimek:
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[®], Ketonal[®]...)?

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? _____

6. Zaradi pacientovega zdravstvenega stanja pacientovega podpisa ni bilo mogoče pridobiti.

Navedite razlog: _____

S podpisom jamčim za resničnost vseh podatkov*.

Datum: _____ Podpis pacienta/starša/skrbnika: _____

Datum: _____ Pregledal/ Podpis odgovorne osebe/ zdravnika: _____

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



**VPRAŠALNIK ZA SPREMLJEVALCA O EPIDEMIOLOŠKI POIZVEDBI ZA KORONAVIRUSOM
(COVID-19)**

Ime in Priimek:
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		

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

DA NE

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

DA NE

8. 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

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

DA NE

Če je odgovor DA, kdaj? _____

S podpisom jamčim za resničnost vseh podatkov*.

Datum: _____ Podpis spremljevalca: _____

Datum: _____ Pregledal/ Podpis odgovorne osebe/zdravnika: _____

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