

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.	<b>Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?</b>		
10.	Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19?		
11.	Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci)?		
12.	Ali ste bili v zadnjih 14 dneh v tujini?		

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

Potrjujem resničnost izpolnjenih podatkov.

Izjavljam, da sem seznanjen z zaščitnimi postopki za zobozdravnike in paciente v ordinaciji in sem seznanjen, da kljub temu obstaja možnost okužbe v ordinaciji.

Odgovorno in prostovoljno, utemeljeno s seznanitvijo o možnosti okužbe, se strinjam s priporočenimi diagnostičnimi in terapevtskimi postopki.

Zavedam se, da sem lahko okužen in se zavežem, da morebitno okužbo v prvem tednu po obisku ordinacije takoj sporočim zobozdravniku.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:

\_\_\_\_\_