

**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:** \_\_\_\_\_

	<b>VPRAŠANJE</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
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 z osebo, ki je okužena s COVID-19 (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci)?		
11.a	Ste bili v stiku s potencialno okuženo osebo (oboleli svojci, sostanovalci ali sodelavci)?		
12.	Ali ste bili v zadnjih 14 dneh v tujini?		
12.a	V kolikor je odgovor DA, kje? _____		

**IZPOLNJIJEM PCT POGOJ PO VELJAVNIH IN SPREJETIH ODLOKIH VLADE RS.**

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

Kot stik z okuženo osebo se ne šteje stika zdravstvenih delavcev v ustrezni osebni varovalni operi z okuženimi ali potencialno okuženimi pacienti pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.

**Potrjujem, da sem seznanjen/-a, da:**

- sem zavezan/a dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oz. zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične podatke v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem
- 57. člen Zakona o nalezljivih boleznih za kršitev ukrepa osamitve ali ukrepa karantene določa globo v višini 400 do 4000 evrov,
- 177. člen Kazenskega zakonika v primeru kršitve predpisov ali odredb, s katerimi pristojni organ odredi pregled, razkuženje, izločitev bolnikov ali kakšne druge ukrepe za zatiranje ali preprečevanje nalezljivih boleznih pri ljudeh, določa denarno ali zaporno kazen, če kršitelj s svojim ravnanjem povzroči, da se nalezljiva bolezen razširi.

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb in jamčim, da imam izpolnjen enega izmed PCT pogojev:**