

**Datum: 6.5.2020**

**VPRAŠALNIK OB PRIHODU UPORABNIKA NA IZVEDBO  
STORITVE \_\_\_\_\_**

**(Vpiši storitev: pedikura, kozmetika, masaža)**

**Ime in priimek uporabnika  
storitve: \_\_\_\_\_**

**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 s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci)?		

**\* V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, vas bomo do nadaljnjega zavrnil in vas usmeri, da pokliče osebnega zdravnika!**

**Podpis uporabnika: \_\_\_\_\_**

**Podpis izvajalca storitve: \_\_\_\_\_**