

**Datum: 18.5.2020**

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA OBISKOVALCA  
PRED OBISKOM SOCIALNOVARSTVENEGA ZAVODA**

**\* (vsa vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 14 dni):**

**Ime in priimek obiskovalca:** \_\_\_\_\_

**Telefonska številka obiskovalca:** \_\_\_\_\_

**Datum izpolnjevanja vprašalnika:** \_\_\_\_\_

**Datum, enota in oseba, ki jo bom obiskal:**

	<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, predvsem pa, če imate očitne znake prehladnega obolenja, vas bomo zavrnil.**

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

\_\_\_\_\_