

## VPRAŠALNIK O POIZVEDBI ZA COVID 19

IME:

DATUM ROJSTVA:

PRIIMEK:

TELEFON:

1. **ALI STE IMELI V ZADNJIH 14 DNEH KATEREGA OD NAŠTETIH SIMPTOMOV/ZNAKOV BOLEZNI:**

- |                       |    |    |
|-----------------------|----|----|
| • vročina nad 37,5° C | DA | NE |
| • kašelj              | DA | NE |
| • nahod               | DA | NE |
| • boleče grlo         | DA | NE |
| • bruhanje/driska     | DA | NE |

2. **ALI STE PRED PRIHODOM K NAM VZELI KATERO ZDRAVILO, KI ZNIŽUJE VROČINO (npr. LEKADOL®, ASPIRIN®, ANALGIN®, BRUFEN®, NAKLOFEN®, NAPROSYN®, KETONAL®...)?**

DA NE

Če ste obkrožili **DA**, navedite zakaj ? \_\_\_\_\_

3. **ALI STE BILI V ZADNJIH 14 DNEH V STIKU Z OSEBO, KI JE KAZALA ZGORAJ NAŠTETE SIMPTOME/ZNAKE?**

DA NE

4. **ALI STE BILI V ZADNJIH 14 DNEH V STIKU Z OSEBO, PRI KATERI JE POTRJENA OKUŽBA S KORONAVIRUSOM (COVID-19)?**

DA NE

5. **ALI STE BILI V ZADNJIH 14 DNEH V TUJINI?**

DA NE

Če ste obkrožili **DA**, KDAJ? \_\_\_\_\_ KJE? \_\_\_\_\_

6. **ALI STE PREBOLELI OKUŽBO S SARS-CoV2 (COVID-19) ?**

DA NE

**\*Izjavljam, da so odgovori na zgornja vprašanja resnični, kar potrjujem s svojim podpisom.**

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

V UKC Ljubljana se trudimo zagotoviti varno obravnavo vseh pacientov, k temu pripomorete tudi vi z navajanjem resničnih podatkov.

HVALA!