



## VPRAŠALNIK O EPIDEMOLOŠKI POIZVEDBI ZA KORONAVIRUSOM (COVID-19)

### SPLOŠNI PODATKI:

Priimek in ime: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-pošta: \_\_\_\_\_

### 1. ALI STE V ZADNJIH 14 DNEH IMELI KATEREGA OD NAŠTETIH SIMPTOMOV 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 KAKŠNO ZDRAVILO, KI ZNIŽUJE VROČINO/ TELESNO TEMPERATURO (LEKADOL®, ASPIRIN®, ANALGIN®, BRUFEN®, NAKLOFEN®, NAPROSYN®, KETONAL®...)?

DA NE

Če ste obkrožili DA, navedite katero: \_\_\_\_\_

### 3. ALI STE BILI V ZADNJIH 14 DNEH PRED ZAČETKOM BOLEZNI V STIKU Z OSEBO, KI JE KAZALA ZGORAJ NAŠTETE SIMPTOME?

DA NE

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

DA NE

Izjavljam, da so odgovori na zgornja vprašanja resnični, kar potrjujem s svojim podpisom. Prav tako izjavljam, da sem seznanjen z obvestilom, ki je priloga temu vprašalniku.

Datum:

Podpis:

