Fizioterapija ZD Jesenice

Titova 78, 4270 Jesenice **Telefon:** 04 5868192 (od 12.00 do 14.00 ure)

04 5868145

**E-pošta:** fizioterapija@zd-jesenice.si

# VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV PRED OBRAVNAVO V AMBULANTI

**Vprašanja se nanašajo na obdobje 14 dni pred datumom zdravstvene obravnave**.

**lme in priimek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, datum roj.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VPRAŠANJE** | **DA** | **NE** |
| 1. | lmate povišano telesno temperature (nad 37,5° C)? |  |  |
| 2. | Ste prehlajeni? |  |  |
| 3. | Kašljate? |  |  |
| 4. | Vas boli v grlu, žrelu? |  |  |
| 5. | lmate spremenjen okus ali vonj? |  |  |
| 6. | lmate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem kosu? |  |  |
| 7. | lmate bolečine v mišicah? |  |  |
| 8. | lmate prebavne težave (drisko ali bruhanje)? |  |  |
| 9. | Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave? |  |  |
| 10. | Ste imeli pozitiven izvid testa na okužbo z virusom SARS-CoV-2 oziroma na bolezen COVID-19? |  |  |
| 11. | Ste bili v stiku z okuženo osebo (oboleli svojci, sostanovalci ali sodelavci)\*? |  |  |
| 12. | Ste bili v stiku s potencialno okuženo osebo (oboleli svojci, sostanovalci ali sodelavci)\*? |  |  |

# S podpisom potrjujem resničnost vseh podatkov. Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# V primeru, da enega izmed odgovorov označite z »DA«, morate ostati doma in nas o tem obvestiti

# najkasneje do datuma načrtovane obravnave. Obvestiti je potrebno tudi osebnega zdravnika.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pacient ob vsakem obisku obravnave s podpisom potrjuje navedeno stanje oz. resničnost navedb:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| datum | podpis | datum | podpis |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Odgovoren fizioterapevt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_