

## VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA IN EPIDEMIOLOŠKIH RAZMER

Vsa vprašanja se nanašajo na trenutno stanje in na obdobje preteklih 14 dni.

\_\_\_\_\_, obiskovalec stanovalca/ke \_\_\_\_\_,  
(IME IN PRIIMEK) (IME IN PRIIMEK)

Datum: \_\_\_\_\_ ura prihoda: \_\_\_\_\_ telefonska št.: \_\_\_\_\_

Potrjujem:

- da sem bil/a v zadnjih 14 dneh zdrav/a in brez kakršnihkoli bolezenskih znakov,
- da ne prihajam iz rizičnega območja,
- da sem seznanjen/a, da DU Vrhnika vodi evidenco obiskov, vključno s telefonsko številko in podatki o merjenju telesne temperature, ki znaša \_\_\_\_\_ °C,
- da sem seznanjen/a z vsemi zaščitnimi ukrepi za preprečevanje širjenja okužbe s SARS-CoV-2, jih sprejemam in se z njimi strinjam.

VPRAŠANJE		DA	NE
1.	Imate danes oz. ste imeli v zadnjih 14. dneh povišano telesno temperaturo (nad 37,5°C)?		
2.	Ste bili v zadnjih 14. dneh prehlajeni?		
3.	Kašljate oz. ste kašljali v zadnjih 14. dneh?		
4.	Ste v zadnjih 14. dneh imeli bolečine v grli, žrelu?		
5.	Imate spremenjen okus ali vonj?		
6.	Ste v zadnjih 14. dneh imeli občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
7.	Imate oziroma ste imeli v zadnjih 14. dneh bolečine v mišicah?		
8.	Ste imeli v zadnjih 14. dneh prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
9.	Je kdo od vaših družinskih članov ali drugih oseb, s katerimi ste prihajali v stik, imel predhodno navedene znake?		
10.	Ste bili v zadnjem času v stiku z večjim številom oseb (več kot običajni družinski stiki)?		
11.	Ste imeli pozitiven izvid testa na okužbo z virusom SARS-CoV-2 oz. na COVID-19?		
12.	Ste bili v zadnjih 14 dneh v stiku s COVID-19 okuženo osebo (oboleli svojci, druge za posameznika pomembne osebe, sodelavci, izvajalci storitev, ...)?		

V kolikor je na katerokoli vprašanje odgovor DA, se najprej posvetujte z zdravnikom.

**S podpisom potrjujem resničnost vseh zgornjih navedb.**

\_\_\_\_\_  
(PODPIS)