

Datum: 18.5.2020

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA SVETOVANCEV (STARŠEV)  
PRED OBRAVNAVO V POSVETOVALNICI ZA UČENCE IN STARŠE NOVO MESTO**

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

Ime in priimek svetovanca: \_\_\_\_\_

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

	<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.	<b>Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?</b>		
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, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto PO TELEFONU**

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

\_\_\_\_\_

Datum: 18.5.2020

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA SVETOVANCEV**

**(OTROK IN MLADOSTNIKOV) PRED OBRAVNAVO**

**V POSVETOVALNICI ZA UČENCE IN STARŠE NOVO MESTO**

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

Ime in priimek svetovanca: \_\_\_\_\_

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

	<b>VPRAŠANJE</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
1.	Ima otrok povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ali je prehlajen?		
3.	Ali kašlja?		
4.	Ga boli v grlu, žrelu?		
6.	Ima občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
7.	Ima bolečine v mišicah?		
8.	Ima prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		

**\* V kolikor ste na katerokoli vprašanje za svojega otroka odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto PO TELEFONU**

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

\_\_\_\_\_