

VPRAŠALNIK COVID-19

Ime in priimek	
Rojstni datum	
Telefonska številka pacienta	
Osebni zobozdravnik	

Ali imate vi ali kateri od vaših ožjih družinskih članov katerega od naštetih simptomov?

	Datum klica (izpolni ordinacija)		Datum posega (izpolni pacient)	
Simptom	DA	NE	DA	NE
vročina				
kašelj				
driska, bruhanje				
konjunktivitis (vnete oči)				
bolečina v mišicah in sklepih				
glavobol				
prehlad				
boleče žrelo				
težko dihanje				
izguba vonja in okusa				

Ali ste bili v zadnjih 14 dneh v tesnem kontaktu z osebo s potrjenim koronavirusom?

DA

NE

Ali ste že opravili test za koronavirus?

Če da, kdaj in kakšen je bil izvid?

DA _____ (pozitiven/negativen)

NE

Zavedam se, da sem lahko okužen in se zavežujem, da morebitno okužbo v prvem tednu po obisku ordinacije takoj sporočim zobozdravniku.

Podpis: _____