



IZJAVA O ZDRAVSTVENEM STANJU OBISKOVALCA

Spodaj podpisani _____
telefon _____ potrjujem, da sem v času obiskovanja stanovalca
_____ v DSO Preddvor, popolnoma zdrav in brez
kakršnihkoli bolezenskih znakov kot so smrkanje, kihanje, bolečine v žrelu, glavobol ipd.

Vsa vprašanja se nanašajo na TRENUTNO STANJE in NA OBDOBJE PRETEKLIH 14 DNI !

Prosimo odgovorite na spodnja vprašanja:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)? | DA | NE |
| 2. Ali ste prehlajeni? | DA | NE |
| 3. Ali kašljate? | DA | NE |
| 4. Vas boli v grlu, žrelu? | DA | NE |
| 5. Imate spremenjen okus ali vonj? | DA | NE |
| 6. Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu? | DA | NE |
| 7. Imate bolečine v mišicah? | DA | NE |
| 8. Imate prebavne težave (driska ali bruhanje)? | DA | NE |
| 9. Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave? | DA | NE |
| 10. Ste imeli morda pozitiven bris na COVID-19? | DA | NE |
| 11. Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci)? | DA | NE |

V kolikor je na katerokoli vprašanje odgovor DA, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z zdravnikom.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb!

(datum in podpis)