

VPRAŠALNIK

ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA ZUNANJIH OBISKOVALCEV IN SODELAVCEV CIRIUS KAMNIK

Ime in priimek: _____

Datum: _____

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Imate danes ali ste imeli v zadnjih 14 dneh povišano telesno temperaturo (nad 37,5°C)?		
2.	Ste bili v zadnjih 14 dneh prehlajeni?		
3.	Kašljate oziroma ste kašljali v zadnjih 14 dneh?		
4.	Ste v zadnjih 14 dneh imeli bolečine v grlu, žrelu?		
5.	Imate spremenjen okus ali vonj?		
6.	Ste imeli v zadnjih 14 dneh 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 bris na COVID-19?		
12.	Ste bili oziroma ste v stiku z osebo, za katero je odrejena karantena?		

Če ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno in COVID-19 ni izključen kot vzrok vaših težav, obisk oz. vstop v center CIRIUS Kamnik ni možen.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb: _____