



Datum izdelave obrazca: 20.5.2020

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA UDELEŽENCEV IZOBRAŽEVANJA:**

Ime in priimek kandidata/udeleženca: \_\_\_\_\_

Naziv usposabljanja (VMV, DO, BOL): \_\_\_\_\_

Kraj in 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.	Ali ste v zadnjih 14 dneh prebolevali zgoraj navedene znake in simptome?		
9.	Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?		
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 PRISTOPOM K USPOSABLJANJU NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulantno PO TELEFONU**

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

\_\_\_\_\_

**Opomba: V kolikor v roku 7 dni od usposabljanja/izpita zaznate zgoraj navedene znake in simptome, nas in vašega osebnega zdravnika nemudoma obvestite.**