

PREDHODNI/OBDOBNI PREVENTIVNI PREGLED - VPRAŠALNIK COVID-19

Ime in priimek: _____ rojen/a: _____

Tel. številka: _____ E-naslov: _____

Zaposlen/a: _____

1. DELOVNA ANAMNEZA:

Izobrazba, poklic: _____

Skupna delovna doba: _____

Dosedanje zaposlitve (delovna org., vrsta opravil, trajanje): _____

2. SOCIALNA ANAMNEZA

Stan: _____ Otroci (št., starost): _____

Razvade:

- Kajenje (kaj, koliko, koliko časa): _____
- Uživanje alkohola (kaj, koliko, pogostnost): _____
- Uživanje psihoaktivnih snovi (kaj, koliko, koliko časa): _____

Rekreacija (vrsta, pogostnost): _____

Število dnevni obrokov: ≤ 3 4 ≥ 5

Zadnji preventivni pregled (datum, kraj): _____

3. DRUŽINSKA ANAMNEZA:

Ali se je kdo v družini zdravil ali umrl zaradi naslednjih bolezni (ustrezen odg. obkrožite):

- | | | |
|---------------------|-----------------|------------|
| ➤ Zvišan krvni tlak | ➤ Rak | ➤ Alergije |
| ➤ Sladkorna bolezen | ➤ Srčna kap | ➤ Astma |
| ➤ Duševne bolezni | ➤ Možganska kap | ➤ Drugo |

4. SEDANJE ZDRAVSTVENO STANJE(epidemiološki vprašalnik COVID-19:

- | | | |
|---|----|----|
| Ali se dobro počutite? | DA | NE |
| Ali imate znake vnetja zgornjih dihal? | DA | NE |
| Ali imate prebavne težave? | DA | NE |
| Ali imate povišano telesno temperaturo? | DA | NE |
| Ali imate bolečine v mišicah? | DA | NE |
| Ali ste bili v zadnjih 14 dneh v tujini? | DA | NE |
| Ali ste bili v stiku z okuženim ali sumom na okužbo COVID-19? | DA | NE |

5. ZDRAVSTVENE TEŽAVE (pretekle, pogoste, občasne)

Imate pogoste glavobole?	DA	NE
Imate težave z očmi, slabši vid?	DA	NE
Uporabljate očala, kontaktne leče?	DA	NE
Imate težave z ušesi, slabši sluh?	DA	NE
Imate težave z dihalni ; astmo?	DA	NE
Imate težave s srcem in/ali ožiljem?	DA	NE
Imate zvišan krvni tlak?	DA	NE
Imate težave s prebavili?	DA	NE
Ste se kdaj zdravili zaradi boleznj jeter?	DA	NE
Ste se kdaj zdravili zaradi boleznj ledvic?	DA	NE
Imate težave z gibali (hrbtenica, sklepi)?	DA	NE
Redno jemljete zdravila?	DA	NE
Katera? _____		
Ste se v zadnjem času zdravili pri svojem zdravniku?	DA	NE
Zaradi katere boleznj oz. stanja? _____		
Ste imeli kdaj motnje zavesti?	DA	NE
Ste imeli kdaj vrtoglavico?	DA	NE
Ste se kdaj zdravili zaradi epilepsije?	DA	NE
Ste se kdaj zdravili zaradi boleznj odvisnosti?	DA	NE
(alkohol, droga, zdravila)		
Ste se kdaj zdravili v bolnišnici?	DA	NE
Datum in razlog zdravljenja: _____		
Ste bili kdaj huje poškodovani?	DA	NE
Datum in vrsta poškodbe: _____		
Imate alergijo?	DA	NE
Če je odgovor DA, navedite vzrok alergije: _____		
Imate voziški izpit?	DA	NE

S SVOJIM PODPISOM POTRJUJEM TOČNOST IN RESNIČNOST ODGOVOROV! *Dovoljujem uporabo moje osebne telefonske številke zgolj v namene, ki zadevajo preventivni zdravstveni pregled.

Podpis: _____ Datum: _____