**Ime in priimek pacienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum rojstva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Glede na epidemiološko situacijo je z vidika preprečevanja okužb s COVID-19 cepljenje možno le, če **14 dni pred cepljenjem nimate znakov in simptomov COVID-19 in niste v samoizolaciji ali karanteni.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VPRAŠANJE** | **DA** | **NE** |
| 1. | Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5º 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. | Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave? |  |  |
| 10. | Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19? |  |  |
| 10a. | V kolikor je odgovor DA, kdaj?  |
| 11. | Ali ste že bili cepljeni proti COVID-19? |
| 11a. | V kolikor je odgovor DA: - Datum cepljenja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Vrsta cepiva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12. | S katerim cepivom želite biti DANES cepljeni:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***\*V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto PO TELEFONU.***

**Telesna temperatura (izpolni zaposleni ZD NM): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Potrjujem, da sem seznanjen/-a, da:**

* Sem dolžen/-a dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oz. zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične podatke v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem[[1]](#footnote-1).
* Se s podpisom strinjam z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ[[2]](#footnote-2). Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila.
* S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb.

**Podpis pacienta/ke:***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  **Datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zapis je skladen s trenutno veljavnimi priporočili NIJZ (podpis zaposlenega ZD NM):**

1. V skladu s 54. členom Zakona o nalezljivih bolezni je navajanje neresničnih podatkov prekršek in skladno s 177. členom Kazenskega zakonika kaznivo. [↑](#footnote-ref-1)
2. http://www.nijz.si/pojasnilna-dolznost-pred-cepljenjem [↑](#footnote-ref-2)