Srednja ekonomska šola Ljubljana, Roška cesta 2, 1000 Ljubljana

**VPRAŠALNIK ZA ZUNANJE OBISKOVALCE**

**ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA OBISKOVALCEV PRED**

**VSTOPOM V ŠOLO**

**\*(vsa vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 14 dni):**

**Ime in priimek obiskovalca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefonska številka obiskovalca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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?** |  |  |
| **11. Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci,****sostanovalci)?** |  |  |

**\* V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, vas naprošamo, da se oglasite drug termin in pred obiskom pokličete organizatorko izobraževanja – na 01/300 47 17 ali pišete na** **tea.seliskar-otrin@seslj.si****.**

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**