**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA UDELEŽENCEV 7. RALLY ŽELEZNIKI 2020**

Datum: 11. - 12. september 2020

**Ime in priimek udeleženca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefonska številka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VPRAŠANJE** | **DA** | **NE** |
| 1. | Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5º C)? |  |  |
| 2. | Ali ste prehlajeni, kašljate, vas boli v grlu, žrelu? |  |  |
| 3. | Imate spremenjen okus ali vonj, občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu, bolečine v mišicah ali prebavne težave (drisko ali bruhanje)? |  |  |
| 4. | Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?  |  |  |
| 5. | Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19? |  |  |
| 6. | Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci, sošolci, sopotniki…)? |  |  |
| 7. | Ste potovali v države na rdečem seznamu? |  |  |

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

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