Obrazec 1: ***Ocena izpolnjevanja pogojev za nastanitev v nastanitvenem objektu za izolacijo***

Ime in priimek osebe, ki potrebuje nastanitev v nastanitvenem objektu za izolacijo:

Rojstni datum osebe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov stalnega/začasnega bivališča osebe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GSM osebe (navede se GSM številko, na kateri bo oseba dosegljiva v času bivanja v nastanitvenem objektu za izolacijo):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov na katerem se oseba nahaja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(navede se naslov na katerem izvajalec prevoza osebo prevzame)

Izpolni lečeči zdravnik:

Pri osebi je laboratorijsko potrjena okužba na SARS-CoV-2

□ DA □ NE

Pred sprejemom v nastanitveni objekt je potreben pregled pri zdravniku (COVID ambulanta)

□ DA □ NE

Oseba ima naslov stalnega ali začasnega bivališča v Republiki Sloveniji

□ DA □ NE

Oseba na naslovu stalnega, začasnega bivališča ali drugem primernem prostoru ne more izvajati ukrepa osamitve (izolacije)

□ DA □ NE

Oseba je pri zadovoljevanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil popolnoma samostojna

□ DA □ NE

(opomba: v primeru, da je odgovor NE, osebe ni možno napotiti v nastanitveni objekt za izolacijo)

Oseba je zdravstveno stabilna in ne potrebuje bolnišničnega zdravljenja, simptomi koronavirusne bolezni niso prisotni oziroma so blagi

□ DA □ NE

(opomba: v primeru, da je odgovor NE, osebe ni možno napotiti v nastanitveni objekt za izolacijo)

O nastanitvi v nastanitvenem objektu za izolacijo je obveščen zdravnik COVID ambulante, ki bo osebo spremljala skladno z navodili ministrstva □ DA □ NE

O načrtovani nastanitvi v nastanitvenem objektu za izolacijo je obveščen izbrani osebni zdravnik:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in priimek), zaposlen pri

izvajalcu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(navedite naziv zavoda).

O načrtovani nastanitvi v nastanitvenem objektu za izolacijo je obveščen zdravnik COVID

ambulante, ki bo spremljala pacienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in

priimek), zaposlen pri izvajalcu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(navedite

naziv zavoda).

(obveščati in izpolniti v primerih, ko pacient nima izbranega osebnega zdravnika)

Predviden datum zaključka ukrepa osamitve (izolacije):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek lečečega zdravnika (tiskano):

Datum in kraj:

Podpis in žig zdravnika:

**Soglasje osebe**

Spodaj podpisani/na\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ime in priimek osebe, ki bo nastanjena

v nastanitvenem objektu za izolacijo), potrjujem, da na naslovu svojega stalnega/začasnega bivališča oziroma na drugem primernem prostoru nimam možnosti za izvedbo ukrepa osamite (izolacije). Strinjam se z nastanitvijo v nastanitvenem objektu potrebe osamitve (izolacije) za čas trajanja izolacije, skladno z navodilom lečečega zdravnika. Podajam soglasje Ministrstvu za zdravje za zbiranje in obdelavo podatkov za potrebe organizacije prevoza in nastanitve v nastanitvenem objektu za izolacijo, ki izhajajo iz tega obrazca.

Ime in priimek (tiskano):

Datum in kraj:

Podpis: