



Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

T: 01 478 60 01  
F: 01 478 60 58  
E: [gp.mz@gov.si](mailto:gp.mz@gov.si)  
[www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si)

## Javni zdravstveni zavodi

### Ministarstvo unutarnjih poslova

Broj: 181-135/2020/219

Datum: 12. 4. 2021.

**Predmet: Smještajni kapaciteti za potrebe provođenja mjere samoizolacije ili karantene – dopuna**

Sveza: Naš dopis br. 181-135/2020/139 od 27. 10. 2020.

Nastavno na dopis Ministarstva zdravlja (dalje u tekstu: Ministarstvo) Smještajni kapaciteti za potrebe provođenja mjere samoizolacije ili karantene, br. 181-135/2020/139 od 27. 10. 2020., u nastavku vam šaljem informaciju o izmjenama vezano za kapacitete kojima raspolaže Ministarstvo u skladu s člankom 10., 43. i 44. Zakona o privremenim mjerama za ublažavanje i uklanjanje posljedica COVID-19 (Službeni list RS, br. 152/20)<sup>1</sup> za potrebe provođenja mjere samoizolacije i karantene.

#### **I. Smještajni kapaciteti za potrebe provođenja mjere samoizolacije (za osobe kod kojih je potvrđena zaraza virusom SARS-CoV-2) ili karantene (za osobe koje su bile u visokorizičnom kontaktu s osobom kod koje je potvrđena zaraza virusom SARS-CoV-2) mogu se koristiti u slučaju kad:**

1. je riječ o smještaju osobe koja je bila u visokorizičnom kontaktu s osobom kod koje je potvrđena zaraza virusom SARS-CoV-2, odnosno osobe kod koje je potvrđena zaraza virusom SARS-CoV-2, a koja je potpuno samostalna u izvođenju osnovnih i sporednih dnevnih funkcija i njezino je zdravstveno stanje stabilno, a boravak na adresi njezina prebivališta ili boravišta visok je rizik za prijenos zaraze virusom SARS-CoV-2 na druge ranjive skupine stanovništva (starije osobe, osobe s kroničnim nezaraznim bolestima, odnosno imunokompromitirane osobe), a boravak na drugom odgovarajućem prostoru nije moguće urediti
2. se osoba slaže s boravkom u smještajnom kapacitetu
3. Ministarstvo od nadležnog liječnika, epidemiologa ili policije primi ispunjenu dokumentaciju koja je prilog uz predmetni dopis i
4. smještajni kapaciteti omogućuju smještaj.

---

<sup>1</sup> <https://www.uradni-list.si/pdf/2020/Ur/u2020152.pdf>

## **II. Smještaj u kapacitetima za potrebe samoizolacije kod osobe s laboratorijski potvrđenom zarazom SARS-CoV-2 osigurava se na sljedeći način:**

1. Ako nadležni liječnik utvrdi da osoba kod koje je laboratorijski potvrđena zaraza na SARS-CoV-2 (dalje u tekstu: pacijent) kumulativno ispunjava uvjete iz prijašnje točke, nadležni će se liječnik za provjeru mogućnosti smještaja javiti Ministarstvu na telefonski broj 030/487-458 ili 041/419-150.
2. Ako smještajni kapaciteti za provođenje mjere samoizolacije (dalje u tekstu: smještajni kapaciteti za samoizolaciju) omogućuju smještaj, nadležni će liječnik ispuniti Obrazac 1, koji je prilog uz predmetni dopis. Potpuno ispunjen i potpisan Obrazac 1, uključujući i suglasnost pacijenta, dostavit će Ministarstvu na elektroničku adresu koju bude primio od nadležne osobe Ministarstva iz prethodnog stavka.
3. Ako pacijent ima izabranog osobnog liječnika, pacijenta će tijekom boravka u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju pratiti izabrani osobni liječnik u skladu s uputama koje za praćenje pacijenata kod kojih je potvrđena zaraza virusom SARS-CoV-2 vrijede na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Ako pacijenta u smještajni kapacitet za samoizolaciju ne uputi izabrani osobni liječnik, nadležni liječnik koji uređuje boravak u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju pobrinut će se za informiranje izabranog osobnog liječnika.
4. Ako pacijent nema izabranog osobnog liječnika, pacijenta će tijekom boravka u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju pratiti liječnik COVID-19 ambulante u općini u kojoj se nalazi smještajni kapacitet za provođenje samoizolacije, odnosno liječnik COVID-19 ambulante susjedne općine. Za informiranje liječnika COVID-19 ambulante pobrinut će se nadležni liječnik koji uređuje boravak u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju.
5. Osoba za kontakt Ministarstva naručuje prijevoz pacijenta kod izvođača prijevoza (dalje u tekstu: prijevoznik) koji je ugovorno dogovoren s Ministarstvom.
6. Nadležni će liječnik pacijenta informirati da:
  - a) će u sobi u kojoj bude boravio imati dokumente s informacijama kojih se dužan pridržavati tijekom boravka u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju, potrebne brojeve za kontakt te oksimetar i termometar
  - b) u slučaju iznenadnog pogoršanja zdravstvenog stanja ili pojave iznenadnog težeg umora, pospanosti, teškog disanja, saturacije ispod 92 % ili drugih poteškoća **pacijent se mora odmah sam javiti službi hitne medicinske pomoći na broj 112**
  - c) pacijent mora sa sobom donijeti GSM na kojem će biti dostupan, dovoljnu količinu donjeg rublja, odjeće, pomagala za osobnu higijenu i eventualne lijekove koje uzima, za najmanje 10 dana odnosno za predviđeno vrijeme trajanja samoizolacije.
7. Pacijenta koji se u smještajni kapacitet upućuje:
  - a) iz zdravstvenog zavoda, odnosno nakon pregleda drugog nadležnog liječnika: pacijenta će u smještajni kapacitet za samoizolaciju dovesti prijevoznik prema uputi Ministarstva izravno s lokacije na kojoj se pacijent nalazi
  - b) bez prethodnog pregleda liječnika: ako nadležni liječnik ocijeni da je potreban liječnički pregled, prijevoznik će prema uputi Ministarstva dovesti pacijenta s lokacije gdje se nalazi do COVID-19 ambulante. Liječnik u COVID-19 ambulanti obaviti će pregled pacijenta.

COVID-19 ambulanta, odnosno izabrani osobni liječnik koji prati pacijenta smještenog u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju:

1. prati zdravstveno stanje pacijenata smještenih u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju u skladu s aktualnim uputama Ministarstva o organizaciji rada izvođača zdravstvene djelatnosti na primarnoj razini vezano za SARS-CoV-2 i
2. dan prije predviđenog završetka samoizolacije pacijenta obavještava Ministarstvo o datumu završetka samoizolacije na telefonski broj 030/487-458 ili 041/419-150.

## **III. Smještaj u smještajnom kapacitetu za potrebe provođenja mjere karantene:**

Ako nadležni epidemiolog ili policija utvrde kako provođenje karantene kod kuće za osobu koja je bila u visokorizičnom kontaktu s osobom kod koje je potvrđena zaraza virusom SARS-CoV-2 nije moguće na stalnoj ili privremenoj adresi osobe, odnosno drugom odgovarajućem prostoru, epidemiolog ili policija mogu predložiti smještaj u smještajnom kapacitetu za provođenje mjere karantene.

Postupak dogovora o smještaju u smještajnom kapacitetu za karantenu u domu:

1. Ako epidemiolog ili policija utvrde da osoba kumulativno ispunjava uvjete točke I. ovoga dopisa za provjeru mogućnosti smještaja, javit će se Ministarstvu na telefonski broj 030/487-458 ili 041/419-150.
2. Ako smještajni kapaciteti za karantenu omogućuju smještaj, epidemiolog ili policija dostavit će Ministarstvu ispunjeni Obrazac 2, uključujući i suglasnost osobe, koja je prilog uz predmetni dopis. Potpuno ispunjen i potpisan Obrazac 2 dostavlja se Ministarstvu elektroničkom adresom koju bude primio od nadležne osobe Ministarstva iz prethodnog stavka.
3. Epidemiolog ili policija će osobu koja bude smještena u smještajnom kapacitetu zbog provođenja mjere karantene informirati da:
  - a) će u sobi u kojoj bude boravila imati dokumente s informacijama kojih se dužna pridržavati tijekom boravka u smještajnom kapacitetu, potrebne brojeve za kontakt te termometar
  - b) u slučaju pojave simptoma ili znakova koronavirusa mora obavijestiti osobnog liječnika, odnosno izvođača zdravstvene djelatnosti u lokalnoj zajednici u kojoj se smještajni kapacitet nalazi (broj za kontakt nalazi se u dokumentaciji koju će osoba imati u sobi u kojoj bude smještena), a u slučaju iznenadnog pogoršanja zdravstvenog stanja **mora odmah pozvati službu hitne medicinske pomoći na broj 112**
  - c) osoba mora sa sobom donijeti GSM na kojem će biti dostupna, dovoljnu količinu donjeg rublja, odjeće, pomagala za osobnu higijenu i eventualne lijekove koje uzima za najmanje 7 dana, odnosno za predviđeno vrijeme trajanja karantene.

#### **IV. Organizacija sanitarnog prijevoza do smještajnog kapaciteta za samoizolaciju ili karantenu:**

Osoba upućena u smještajni kapacitet za samoizolaciju do smještajnog će se kapaciteta dovesti sanitarnim prijevozom s lokacije na kojoj se nalazi. Prijevoz organizira Ministarstvo.

Osoba kojoj je određena karantena može se do smještajnog kapaciteta za karantenu dovesti sama, pri čemu se prijevoz provodi bez zaustavljanja. Ako osoba ne može osigurati vlastiti prijevoz, prijevoz će se osigurati sanitarnim prijevozom koji organizira Ministarstvo.

#### **V. Kapaciteti kojima za potrebe provođenja mjere samoizolacije i karantene raspolaže Ministarstvo:**

- Hotel Erasmus, Kazarje 10, 6230 Postojna, Slovenija.

Liječničku komoru Slovenije molimo za posredovanje predmetnog dopisa svojim članovima. Pri

odgovoru na naš dopis molimo vas pozovite se na broj ovog dopisa.

S poštovanjem,

mag. Klavdija Kobal Straus  
v. d. glavne direktorice

Prilozi:

- Obrazac 1: *Ocjena ispunjavanja uvjeta za smještaj u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju*
- Obrazac 2: *Ocjena ispunjavanja uvjeta za smještaj u smještajnom kapacitetu za karantenu*
- Prilog 1: *Algoritam upućivanja i tretmana pacijenta kod kojeg je laboratorijski potvrđena zaraza virusom SARS-CoV-2 u smještajni kapacitet za potrebe provođenja mjere samoizolacije.*

Dostaviti:

- Javni zdravstveni zavodi – po e-pošti
- Ministarstvo unutarnjih poslova, Policija, [gp.policija@policija.si](mailto:gp.policija@policija.si) – po e-pošti
- Nacionalni institut za javno zdravlje, [info@nijz.si](mailto:info@nijz.si); [tatjana.frelj@nijz.si](mailto:tatjana.frelj@nijz.si), [epidso@nijz.si](mailto:epidso@nijz.si) – po e-pošti
- Liječnička komora Slovenije, [gp.zzs@zgs-mcs.si](mailto:gp.zzs@zgs-mcs.si) – po e-pošti
- Zdravstveni inspektorat, [gp.zirs@gov.si](mailto:gp.zirs@gov.si) – po e-pošti.

Obrazac 1: **Ocjena ispunjavanja uvjeta za smještaj u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju**

Ime i prezime pacijenta kojem je potreban smještaj u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju:

\_\_\_\_\_

Datum rođenja osobe: \_\_\_\_\_

Adresa prebivališta/boravišta pacijenta: \_\_\_\_\_

Elektronička adresa pacijenta: \_\_\_\_\_

GSM pacijenta (navodi se broj GSM-a na kojem će pacijent biti dostupan tijekom boravka u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju): \_\_\_\_\_

Adresa na kojoj se pacijent nalazi: \_\_\_\_\_

(navodi se adresa na kojoj prijevoznik preuzima pacijenta)

Ispunjava nadležni liječnik:

Kod pacijenta je laboratorijski potvrđena zaraza SARS-CoV-2

DA  NE

Prije prihvaćanja u smještajni kapacitet potreban je pregled liječnika (COVID-19 ambulanta). DA

NE

Pacijent ima adresu prebivališta ili boravišta u Republici Sloveniji.

DA  NE

Pacijent na adresi prebivališta, boravišta ili drugog odgovarajućeg prostora ne može provoditi mjeru samoizolacije.

TOČNO

Pacijent je za provođenje osnovnih i sporednih dnevnih funkcija potpuno samostalan.

DA  NE

(napomena: ako je odgovor NE, osoba se ne može uputiti u smještajni kapacitet za samoizolaciju)

Pacijent je zdravstveno stabilan i ne treba bolničko liječenje, a simptomi koronavirusa nisu prisutni, odnosno blagi su.

DA  NE

(napomena: ako je odgovor NE, osoba se ne može uputiti u smještajni kapacitet za samoizolaciju)

O smještaju u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju obaviješten je odabrani osobni liječnik pacijenta, odnosno liječnik COVID-19 ambulante u slučaju kad pacijent nema odabranog osobnog liječnika koji će pratiti pacijenta u skladu s uputama Ministarstva.

DA  NE

Navedite podatke liječnika kojega ste obavijestili: \_\_\_\_\_ (ime i prezime obaviještenog liječnika), zaposlen kod izvođača \_\_\_\_\_ (navedite ime zavoda).

Predviđen datum završetka mjere samoizolacije: \_\_\_\_\_

Ime i prezime nadležnog liječnika (štampano):

\_\_\_\_\_

Potpis i pečat liječnika:

Datum i mjesto:

\_\_\_\_\_

### **Suglasnost osobe**

Dolje potpisani/potpisana \_\_\_\_\_ (ime i prezime pacijenta koji se smješta u smještajni kapacitet za samoizolaciju) potvrđujem kako na adresi svojeg prebivališta, boravišta, odnosno na drugom odgovarajućem prostoru ne mogu provoditi mjere samoizolacije. Prihvaćam smještaj u smještajnom objektu za potrebe samoizolacije tijekom trajanja samoizolacije u skladu s uputama nadležnog liječnika. Ministarstvu zdravlja dajem suglasnost zaprikupljanje i obradu podataka za potrebe organizacije prijevoza i smještaja u smještajnom kapacitetu za samoizolaciju koji proizlaze iz ovog obrasca te za potrebe izdavanja računa za popravak, odnosno sanaciju štete koju bih eventualno mogao/mogla uzrokovati na opremi, odnosno u prostoru smještaja.

### **Suglasnost dajem Ministarstvu zdravlja za prikupljanje i obradu podataka**

- ime i prezime: \_\_\_\_\_,

- datum rođenja: \_\_\_\_\_,

- adresa prebivališta/boravišta: \_\_\_\_\_,

- državljanstvo: \_\_\_\_\_,

- JMBG: \_\_\_\_\_,

- porezni broj: \_\_\_\_\_,

- broj tekućeg računa i banke u kojoj imate otvoren tekući račun:

\_\_\_\_\_.

- broj mobilnog telefona \_\_\_\_\_ na kojem ćete biti dostupni tijekom trajanja provođenja mjere karantene i

- elektronička adresa: \_\_\_\_\_.

Izjavljujem da skrbim za sebe (umivanje, odijevanje, hranjenje, kretanje, uzimanje lijekova i sl.) potpuno samostalno.

Ime i prezime (tiskano):

\_\_\_\_\_

Potpis:

Datum i mjesto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Obrazac 2: Ocjena ispunjavanja uvjeta za smještaj u smještajnom kapacitetu za karantenu kod kuće**

Ime i prezime osobe kojoj je potreban smještaj u smještajnom kapacitetu za karantenu kod kuće (dalje u tekstu: osoba): \_\_\_\_\_

Datum rođenja osobe: \_\_\_\_\_

Adresa prebivališta/boravišta osoba: \_\_\_\_\_

GSM osobe (navodi se broj GSM-a na kojem će osoba biti dostupna tijekom smještaja u smještajnom kapacitetu za karantenu): \_\_\_\_\_

Elektronička adresa osobe: \_\_\_\_\_

Adresa na kojoj se osoba nalazi: \_\_\_\_\_

(navodi se adresa na kojoj prijevoznik preuzima osobu u slučaju ako osoba ne može sama osigurati prijevoz do smještajnog kapaciteta za karantenu)

Epidemiološka služba je utvrdila da je osoba bila u visokorizičnom kontaktu s osobom kod koje je laboratorijski potvrđena zaraza na SARS-COV-2, odnosno koja dolazi iz države za koju je određena karantena pri prijelazu granice.

DA  NE

Osoba ima adresu prebivališta ili boravišta u Republici Sloveniji.

DA  NE

Osoba na adresi prebivališta, boravišta ili drugog odgovarajućeg prostora ne može provoditi mjeru karantene.

TOČNO

Osoba izjavljuje da može skrbiti za sebe (umivanje, odijevanje, hranjenje, kretanje, uzimanje lijekova i sl.) potpuno samostalno.

DA  NE

(napomena: ako je odgovor NE, osoba se ne može uputiti u smještajni kapacitet za karantenu)



Datum završetka karantene: \_\_\_\_\_

Ime i prezime epidemiologa ili predstojnika policije  
(tiskano):

\_\_\_\_\_

Potpis i pečat epidemiologa:

Datum i mjesto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Suglasnost osobe**

Dolje potpisani/potpisana \_\_\_\_\_ (ime i prezime osobe), rođen/rođena

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (datum rođenja), živi na adresi: \_\_\_\_\_

(navedite adresu) potvrđujem kako na adresi svojeg prebivališta, boravišta, odnosno na drugom odgovarajućem prostoru ne mogu provoditi mjere karantene. Prihvaćam smještaj u smještajnom objektu za karantenu tijekom trajanja karantene. Ministarstvu zdravlja dajem suglasnost za prikupljanje i obradu podataka za potrebe organizacije prijevoza i smještaja u smještajnom kapacitetu za karantenu koji proizlaze iz ovog obrasca te za potrebe izdavanja računa za popravak, odnosno sanaciju štete koju bih eventualno mogao/mogla uzrokovati na opremi, odnosno u prostoru smještaja.

### **Suglasnost dajem Ministarstvu zdravlja za prikupljanje i obradu podataka**

- ime i prezime: \_\_\_\_\_,

- datum rođenja: \_\_\_\_\_,

- naslov prebivališta/boravišta: \_\_\_\_\_,

- državljanstvo: \_\_\_\_\_,

- JMBG: \_\_\_\_\_,

- porezni broj: \_\_\_\_\_,

- broj tekućeg računa i banke u kojoj imate otvoren tekući račun:  
\_\_\_\_\_.

- broj mobilnog telefona \_\_\_\_\_ na kojem ćete biti dostupni tijekom trajanja  
provođenja mjere karantene i

- elektronička adresa: \_\_\_\_\_.

Izjavljujem da skrbim za sebe (umivanje, odijevanje, hranjenje, kretanje, uzimanje lijekova i sl.)  
potpuno samostalno.

Upoznat/upoznata sam da ako u Republici Sloveniji nemam prebivalište ili boravište, sam/sama plaćam  
troškove koji budu nastali smještanjem u smještajni kapacitet za provođenje mjere karantene kao i  
troškove koji budu nastali zbog prijevoza do smještajnog kapaciteta.

Ime i prezime (tiskano):

\_\_\_\_\_

Potpis:

Datum i mjesto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NAPOTITEV PREDLAGA LEČEČI ZDRAVNIK -> nujni pogoj: PACIENT, KI SE NAPOTUJE, UKREPA IZOLACIJE IZ UTEMELJENIH RAZLOGOV NE MORE IZVAJATI NA NASLOVU SVOJEGA BILVALIŠČA ALI DRUGEM PRIMERNEM PROSTORU. PACIENT JE PO OCENI LEČEČEGA ZDRAVNIKA PRI ZADOVOLJEVANJU OSNOVNIH IN PODPORNH DNEVNIH OPRAVIL POVSEM SAMOSTOJEN, NJEGOVO ZDRAVSTVENO STANJE JE STABILNO, SIMPTOMI KORONAVIRUSNE BOLEZNI NISO PRISOTNI ALI PA SO BLAGI**

