

اسم العائلة، الاسم الأول للمريض

تاريخ/وقت الزيارة

القسم

صحيفة بيانات الزائر - زيارة مريض

تسجيل بيانات الاتصال الخاصة بالزائر

اسم العائلة، الاسم الأول للزائر: _____

رقم هاتف الزائر: _____

الثابت الشخصية بموجب:

تأكيد التسجيل رخصة القيادة بطاقة إثبات الهوية جواز السفر

فحص الحالة الصحية

1. هل عانيت خلال الـ 14 يومًا الماضية من حمى أو أعراض عدوى تنفسية حادة، مثل نزلات البرد، أو التهاب الحلق، أو السعال، أو البلغم، أو ضيق التنفس، أو ما شابه ذلك؟
 نعم لا

2. هل سبق لك خلال الـ 14 يومًا الماضية مخالطة شخص مصاب بفيروس كورونا أو كانت نتيجة تحليله إيجابية؟
 نعم لا

3. هل عدت خلال الـ 14 يومًا الماضية من منطقة/بلد فيه عدد كبير من المصابين أو المرضى بفيروس كورونا؟
 نعم، من _____ نعم

4. هل لاحظت خلال الـ 14 يومًا الماضية تغيرًا ملحوظًا في حاسة الشم أو التذوق لديك؟
 نعم لا

إذا أجبت عن أحد الأسئلة بـ "نعم"، فسيتعدّر عليك زيارة المريض.

أؤكد أنا الموقع أدناه على صحة (أ) بياناتي الشخصية، (ب) وحالتي الصحية اعتبارًا من تاريخ اليوم، وأؤكد أنني أحطت علمًا ج) بقواعد النظافة الصحية المعمول بها وكذلك (د) إشعار حماية البيانات.

توقيع الزائر: _____ التاريخ: _____ . _____ . _____