

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

هل عانيت خلال الـ 14 يوماً 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؟ أو هل انتبهت لتغير ملحوظ في حاسة الشم و / أو التذوق لديك؟

لا

نعم

إذا أجبت عن الأسئلة "بنعم"، فزيارتك للمريض غير ممكنة.

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

توقيع الزائر أو ولي الأمر: _____

التاريخ: ____ . ____ . ____

بيانات يملنها موظف الاستقبال:

إثبات الفحص السلبي بكورونا | متعاف | مُلقح

الزائر قدم الإثبات التالي لموظف الاستقبال:

فحص مستضد سريع سلبي (معتمد) أو فحص تفاعل البوليميراز المتسلسل لم يمر عليه أكثر من 24 ساعة

إثبات بالتعافي

وقاية لقاحية كاملة