



استبيان صحي قبل
الفحص أو المعالجة

عزيزتنا المريضة، عزيزنا المريض،

نلتمس مساعدتكم بتعبئة هذا الاستبيان القصير لكي نضمن في المستقبل أيضًا صحة وسلامة كل المرضى المقيمين بمستشفى Essen الجامعي.

١. هل أصابتك حمى في الأيام الخمسة الماضية (أكثر من ٣٨ درجة مئوية)؟
- نعم لا
٢. هل تعاني من الارتعاش؟
- نعم لا
٣. هل تعاني مؤخرًا من السعال؟
- نعم لا
٤. هل تعاني مؤخرًا من الزكام؟
- نعم لا
٥. هل تعاني مؤخرًا من آلام في الحلق؟
- نعم لا
٦. هل تعاني مؤخرًا من الصداع؟
- نعم لا
٧. هل تعاني مؤخرًا من اضطرابات الشم و/ أو التذوق؟
- نعم لا
٨. هل تعاني مؤخرًا من آلام في المعصم و/ أو الأطراف؟
- نعم لا
٩. هل عانيت من الإسهال خلال الأيام الستة الماضية؟
- نعم لا
١٠. هل تعرف ما إذا كنت قد خالطت خلال الـ ١٤ يوم الماضية شخصًا ثبتت إصابته بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩)؟
- نعم لا
١١. هل تعرف ما إذا كنت قد خالطت خلال الـ ١٤ يوم الماضية شخصًا مشتبهًا في إصابته بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩)؟
- نعم لا
١٢. هل سافرت خلال الـ ١٤ يومًا الماضية داخل البلاد أو خارجها؟
إذا كانت الإجابة «نعم» فأين كانت وجهتك؟
- نعم لا
١٣. هل أجرى لك مكتب الصحة اختبارًا أو هل أجريت اختبارًا بناءً على رغبتك الشخصية للكشف عن فيروس كورونا المستجد كوفيد-١٩؟
إذا كانت الإجابة «نعم»، فأذكر نتيجة الاختبار: إيجابية سلبية (التاريخ: _____)
- نعم لا
١٤. هل سبق أن ثبتت إصابتك بفيروس سارس-كوف-٢؟
- نعم لا

بيانات عن المرافق:

اسم العائلة، الاسم الأول

رقم الهاتف

في حالة وجود مرافق: برجاء تعبئة نسخة أخرى من هذا الاستبيان.

اقر بموجبه أن البيانات المذكورة أعلاه حقيقية وصحيحة.

التاريخ

(يوم، شهر، سنة)

التوقيع