**استبيان للزوار ومرافقيهم**

اسم المريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

جناح المشفى: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**أًصرّح بما يلي بما يخص الـ 14 يوم السابقة:**

كان لدي...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **لا** | **نعم** |  |
|  |  | **اتصال بشخص كانت نتيجة اختباره إيجابية لفيروس كوفيد-19** |
|  |  | **الاتصال بشخص في الحجر الصحي لفيروس كوفيد-19** |
|  |  | **الحمى** |
|  |  | **السعال** |
|  |  | **سيلان الأنف** |
|  |  | **أعراض تشبه الانفلونزا** |
|  |  | **الصداع** |
|  |  | **الإسهال** |
|  |  | **فقدان حاسة الشم / حاسة التذوق** |

الكنية والاسم الأول وتاريخ ميلاد الزائر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (بشكل مقروء)

رقم الهاتف:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التاريخ و الوقت:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| يُستكمل من قبل الموظفين في مكاتب التسجيل  Auszufüllen von den Mitarbeitenden an den Registrierungsstellen | |
| * Vorlage eines gültigen Personalausweises / Reisepass / Führerscheins UND |  |
| * Impfausweis oder offizielle Impfbescheinigung (Erst- und Zweitimpfung, letzte Impfdosis liegt mehr als 14 Tage zurück) liegt vor ODER |  |
| * Genesene, deren Quarantäne beendet ist, können ein positives PCR-Abstrichergebnis vorweisen (mindestens 28 Tage und höchstens 6 Monate alt) UND |  |
| * Offizieller Nachweis eines negativen Antigen-Schnelltests/ PCR-Tests liegt vor (nicht älter als 24 Stunden) |  |
| Gemessene Temperatur: | |

الصفحة 2 من 2، الشاهدة بيترا موتسرمان (Petra Mustermann)

النسخة: 8.0 التاريخ: 02/12/2021