

توقيت الزيارة  
تاريخ الزيارة  
(يجب ترتيب الموعد مسبقاً عبر الهاتف)

الإسم الشخصي والعائلي، تاريخ ازدياد المريض(ة)

## البيانات الشخصية للزائر

رقم الهاتف

الإسم الشخصي والعائلي

العنوان

## قائمة الفحص الصحي لتوضيح الاشتباه بفيروس كورونا المستجد Covid 19

لا	نعم	
		1. هل تعاني من السعال، الحمى، ضيق التنفس أو غيرها من أعراض نزلة البرد؟
		2. هل كنت على اتصال مباشر في 14 يوماً الأخيرة بشخص تأكدت إصابته بفيروس كورونا Covid-19؟
		3. هل توقفت خلال الـ 14 يوماً الماضية في مناطق يوجد فيها حالات التهاب رئوي مؤكدة ذات صلة بالفيروس؟

يحق لكم الزيارة:

إذا أشرتم ثلاث مرات تحت خانة "لا"

لا تحقق لكم الزيارة:

إذا وضعتم فقط علامة واحدة تحت خانة "نعم"

بموجب هذا أؤكد أنا السيد(ة)..... بصحة المعطيات التي قدمتها. كما أتعهد، في حالة تغير حالتني الصحية خلال زيارتي للمريض المذكور أعلاه، بإبلاغ موظفي المستشفى فوراً بذلك.

وأن المعطيات التي قدمتها كانت طوعية. كما أنني أبلغت أنه سيتم تسجيل بياناتي في نظام معلومات المستشفى لغرض تتبع مخالطي المصابين بوباء فيروس كورونا.

سيتم نقل بياناتي إلى السلطات الصحية المسؤولة في حالة ما تبنت مخالطتي لأحد المصابين بالفيروس. كما سيتم مسح قائمة التحقق الصحية بعد شهر واحد من الزيارة.

لقد قرأت وفهمت ورقة المعلومات هذه.

الإسم (بالحروف اللاتينية المطبعية) // التوقيع

بتاريخ

[www.lahn-dill-kliniken.de](http://www.lahn-dill-kliniken.de)

Ersteller: P. Jenke / Justizariat; U. Hiller / Hygiene; S. Orth / Projektmanagement	Freigeber: Krisenstab	Prüfer: -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 13.07.2020	Prüfungsdatum: -	Seite 1 von 1
CL_Besucherregelungen   © Lahn-Dill-Kliniken GmbH			