

Checkliste zum Betreten des Klinikums

Grippaler Infekt/Influenza/Corona

- Klinikum WHV -

لقب _____
رقم الهاتف _____
عنوان _____

بداية العرض المرضى	درجة العرض المرضى			لا	نعم	الاعراض المرضية
	ضعيف leicht	متوسط mittel	شديد schwer	Nein	Ja	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ظهور مفاجئ للمرض ؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعيف حاد في التنفس
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اثناء الراحة ؟
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اثناء المجهود؟
max °C				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حمى
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف عام في الجسم
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سعال
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام الجسم
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احتقان في الحلق
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان الأنف
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصداع
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الإسهال
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اضطرابات في الطعم
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اضطرابات في الرائحة
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض أخرى (مثل صعوبة البلع والطفح الجلدي)

*. في حالة وجود سعال جاف يجب ارتداء كمامة التنفس .

<input type="checkbox"/> لا nein <input type="checkbox"/> نعم و المكان	هل كنت في الخارج منذ 14 يوم ؟
<input type="checkbox"/> لا nein <input type="checkbox"/> نعم و المكان	هل اختلط مؤخرا مع مريض بفيروس الكرونة ؟
<input type="checkbox"/> لا nein <input type="checkbox"/> نعم و المكان	هل اختلط مع شخص عنده احتمالية الاصابة بفيروس الكرونة ؟
<input type="checkbox"/> لا nein <input type="checkbox"/> نعم و ماذا	هل لديك جهاز مناعي ضعيف بسبب مرض؟
<input type="checkbox"/> لا nein <input type="checkbox"/> نعم و ماذا	هل لديك امراض مزمنة ؟
<input type="checkbox"/> لا nein <input type="checkbox"/> نعم و المكان	هل تعمل في مجال طبي؟
<input type="checkbox"/> لا nein <input type="checkbox"/> نعم و التاريخ نتيجة الاختبار : <input type="checkbox"/> Negativ / سلبي <input type="checkbox"/> Positiv / إيجابي	هل تعرضت للفحص بواسطة مسحة الكورونا ؟

التاريخ / توقيع الزائر أو المريض أو المقيم) يجب أن تكتمل في يوم الزيارة