

المرفق رقم 2.1
(النقطة 1 رقم 2.3 الجملة 2)

استبيان لمعرفة التاريخ المرضي - البالغون
(نرجو تحديد الموجود لديكم وتسليم الاستبيان للطبيب!)

التاريخ:

البيانات الشخصية شاملة رقم التعريف الضريبي/الاقتصادي/الملف (ZAB):

الجنس: ذكر أنثى
 شخص وحده أسرة

الجنسية: الحمل: الشهر:

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	1. هل أنت مريض؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	2. هل تتناول أدوية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	3. هل تم تطعيمك ضد الأمراض؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	4. هل تم عمل اختبار لديك للجلد لمعرفة وجود مرض السل؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	5. هل لديك أو كان لديك مرض معدي؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	الدرن (السل)؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	فيروس الالتهاب الكبدي
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	فيروس نقص المناعة (HIV)؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	جدري الماء؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	حصبة؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	حصبة ألمانية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	دفتريا؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	الزهري؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أمراض جنسية أخرى؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	التيفود، شبيه التيفود؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	كوليرا؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	6. هل تعاني من آلام؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	7. هل لديك أو كانت لديك حمى في الأسابيع الستة الأخيرة؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	8. هل تعاني من كحة شديدة؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	9. هل تعاني من الغثيان، القيء؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	10. هل تعاني من تقلصات بالمعدة أو إسهال؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	11. هل لديك دم بالبراز؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	12. هل تعاني من آلام أثناء التبول؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	13. هل يوجد طفح جلدي؟

التوقيع

ملاحظات الطبيب:

توقيع الطبيب

المرفق رقم 2.2
(النقطة 1 رقم 2.3، الجملة 2)

استبيان لمعرفة التاريخ المرضي - الأطفال

(نرجو تحديد الموجود لديكم وتسليم الاستبيان للطبيب!)
البيانات الشخصية شاملة رقم التعريف الضريبي/الاقتصادي/الملف (ZAB):

التاريخ:

العمر:	الجنسية:	<input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر	الجنس:
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			1. هل طفلك مريض؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			2. هل يتناول طفلك أدوية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			3. هل تم تطعيم طفلك ضد أمراض؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			4. هل تم عمل اختبار لدى طفلك للجلد لمعرفة وجود مرض السل؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			5. هل لدى طفلك أو كان لديه مرض معدي؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			الدرن (السل)؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			فيروس الالتهاب الكبدي
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			جدري الماء؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			النكاف؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			حصبة؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			حصبة ألمانية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			دفتريا؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			6. هل يعاني طفلك من الأم؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			7. هل يعاني طفلك من الحمى؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			8. هل يعاني طفلك من كحة شديدة؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			9. هل يعاني طفلك من الغثيان، القيء؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			10. هل يعاني طفلك من تقلصات بالمعدة أو الإسهال؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			11. هل يعاني طفلك من طفح جلدي؟

التوقيع

ملاحظات الطبيب:

توقيع الطبيب