

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:

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

التوقيع

ملاحظات الطبيب:

توقيع الطبيب