

HEALTH DECLARATION FORM | نموذج إفصاح طبي

من أجل صحتك وسلامتك

(1) هل سبق لك زيارة الدول التالية خلال 14 يوم الماضية أو خالطت أحداً قادم من تلك الدول؟
الصين، إيران، تايوان، ماكاو، البحرين، كوريا، اليابان، تايلاند، ماليزيا، إندونيسيا، باكستان، أفغانستان، العراق، الفلبين، سنغافورة، الهند، لبنان، سوريا، اليمن، أذربيجان، كازاخستان، أوزبكستان، الصومال، بنغلاديش، فيتنام، مصر، والإمارات العربية المتحدة، والكويت، فلسطين، المملكة المتحدة، تونس، جيبوتي، عمان، تركيا، كينيا، ارتريا، سويسرا، الولايات المتحدة، الإتحاد الأوروبي، سريلانكا، السودان، اثيوبيا، السنغال، الأردن، استراليا، الكاميرون، الجيريا، اندونيسيا، مالديف.

نعم "الرجاء إكمال السؤال التالي" لا

(2) هل تشعر بأي من أعراض البرد؟
نعم لا

For Your Health & Safety

1) Have you visited any of the following countries during the past 14 days or you have contacted anyone have been there?

China, Iran, Taiwan, Macau, Bahrain, Korea, Japan, Thailand, Malaysia, Indonesia, Pakistan, Afghanistan, Iraq, Philippines, Singapore, India, Lebanon, Syria, Yemen, Azerbaijan, Kazakhstan, Uzbekistan, Somalia, Bangladesh, Vietnam, Egypt, Kuwait, UAE, Palestine, United Kingdom, Tunisia, Djibouti, Oman, Turkey, Kenya, Eritrea, Switzerland, USA, European Union, Sirilanka, Sudan, Ethiopia, Senegal, Jordan, Australia, Cameron, Algeria, Indonesia, Maldives.

Yes "continue to the next question" No

2) Are you symptomatic?

Yes No

Name:.....الإسم:

National ID/ Iqama No:.....رقم الهوية/ الإقامة:

Mobile Number:.....رقم الجوال:

The person you intend to meet:الشخص المراد مقابلته: