

Institute of  
Reproduction & IVF  
Director: Prof. Foad Azem

המכון לפרייון  
והפרייה חוץ גופית  
מנהל: פרופ' פואד אזם

**Заявление пациентки / сопровождающего касательно симптомов  
коронавируса COVID-19/контакта с зараженным**

**Личные данные / наклейка**

Имя и фамилия: _____
Уд. личности _____

**Мы просим вас заполнить все данные касательно нижеуказанных симптомов и событий, если они имели место в течение последних двух недель**

<b>Жалобы</b>	Лихорадка <input type="checkbox"/>	Озноб <input type="checkbox"/>	Рвота <input type="checkbox"/>
	Кашель <input type="checkbox"/>	Головные боли <input type="checkbox"/>	Диарея <input type="checkbox"/>
	Боли в горле <input type="checkbox"/>	Мышечные боли <input type="checkbox"/>	
	Исчезновение обонятельных/вкусовых ощущений <input type="checkbox"/>		
	Одышка <input type="checkbox"/>	Боли в животе <input type="checkbox"/>	Иные: _____ <input type="checkbox"/>
Активное заболевание	У вас было диагностировано носительство коронавируса COVID19? Да / Нет (если да, укажите дату тестирования _____)		
Пребывание за границей в течение последнего месяца	Да / Нет		

**Institute of  
Reproduction & IVF**  
Director: Prof. Foad Azem

**המכון לפרייון  
והפריה חוץ גופית  
מנהל: פרופ' פואד אזם**

<p>Контакт с больным с диагнозом коронавирус COVID19 или с больным, у которого подозревается коронавирус COVID19, <u>или любое иное инфекционное заболевание</u></p>	<p>У кого-то из ваших родственников была температура / насморк / кашель, боли в горле или какая-либо инфекция? Да / Нет</p> <p>Кто-то из тех, с кем вы контактировали, был в карантине в течение последних двух недель? Да / Нет</p> <p>Вы контактировали с человеком, у которого был выявлен / подозревался коронавирус? Да / Нет</p> <p>Если да, укажите дату контакта: _____</p>
--	---

Передача вышеуказанных данных в полном объеме не будет препятствовать оказанию надлежащей медицинской помощи.

Я заявляю, что все указанные выше данные верны, и мне известно, что сокрытие информации может повлечь за собой угрозу здоровью населения и подвергнуть опасности медицинский персонал.

Полное имя: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Время: \_\_ :\_\_