استمارة معلومات أطباء الأسنان المصابين بفايروس كورونا

❖ نهيب بزملائنا وزميلاتنا بملء الاستمارة الخاصة بمصابي كورونا لأغراض توثيقية وإحصائية وبحثيه ومن اجل المتابعة شاكرين تعاونكم

- أسم الطبيب الثلاثي:
- رقم التسجيل في النقابة:
- تاريخ التسجيل في النقابة:
- الاختصاص:
- الجنس: ذكر أنثى
- تاريخ الميلاد:
- عنوان السكن: المحافظة القضاء الحي
- رقم الهاتف:
- عنوان العمل الحكومي:
- عنوان العمل الخاص (العيادة):
- تاريخ تشخيص الاصابة:
- اسم المؤسسة الصحية التي شخصت الإصابة:
- هل أحد افراد عائلتك مصاب؟ نعم لا

الاب الام الأخ الأخت الزوجة الأبناء اخرين

- الوضع الحالي عند ملئ الاستمارة:

يعاني من اعراض لا يعاني من اعراض اكتسب الشفاء التام

يتم ارسال هذه الاستمارة بعد ملئها وحفظها بأسم (Save As) ويكون الملف باسم الطبيب المصاب بالفايروس
يتم ارسال الاستمارة عن طريق البريد الالكتروني الى العنوان: iraqidental_office@yahoo.com