



**AUTOCERTIFICAZIONE PRELIMINARE ALL'ACCESSO PRESTAZIONI
SANITARIE/TRATTAMENTI.**

QUESTIONARIO CLINICO SINTOMATOLOGIA LEGATA AL RISCHIO SARS-COV-2 Rev. n. 4 01.07.2021

Cognome		Nome	
Nato/a	il	Residente a: Via:	
data triage telefonico	firma medico		

**La dichiarazione sottostante rimarrà strettamente confidenziale fra il medico e il paziente.
RIFERISCE E DICHIARA**

FEBBRE SUPERIORE A 37,5 °C	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
TOSSE /MAL DI GOLA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
RAFFREDDORE	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
DOLORE MUSCOLARE / SPOSSATEZZA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
NAUSEA / VOMITO / DIARREA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
ALTERAZIONE DI GUSTO / OLFATTO	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

È STATO SOTTOPOSTO A VACCINO ANTI-COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
SE SÌ, LA SOMMINISTRAZIONE DELLA DOSE È AVVENUTA IN DATA	/ /	/ /

E

(compilare SOLO nel caso in cui si ricada nelle seguenti situazioni)

CASO DI PAZIENTE A CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL COVID-19

Ha avuto un contatto stretto con un caso COVID-19 nei 14 giorni precedenti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto un contatto stretto con un caso COVID-19 ed ha effettuato un TAMPONE con esito NEGATIVO dopo un periodo di quarantena di 10 giorni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

CASO DI PAZIENTE RISULTATO POSITIVO AL COVID-19

Ha effettuato un TAMPONE di controllo con esito NEGATIVO a conclusione del periodo di isolamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

È CONTRARIO AL VACCINO?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Il trattamento dei suoi dati avverrà in conformità a quanto indicato nell'informativa privacy esposta presso i locali del Titolare.

E' sempre possibile richiederne una copia presso l'accettazione scrivendo a info@riccioneterme.it.

Il DPO della protezione dei dati è l'Avv. Daniela Guidi avv.daniela.guidi@gmail.com

Dichiaro sotto la mia responsabilità che quanto ho sottoscritto corrisponde al vero, e che se dovessero cambiare le condizioni sovrastanti informerò tempestivamente Riccione Terme prima di recarmi ai prossimi appuntamenti, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sanitaria e all'esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti ai quali mi dovrò sottoporre e in conformità all'art.1 della legge 724/94 e successive modificazioni ed a conoscenza delle sanzioni previste dagli art.494 e 496 del Codice penale per il reato di sostituzione di persona e di dichiarazione mendace.

Riccione, lì	Firma
--------------	-------