Cognome

QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI COVID-19

Informato del trattamento dei dati personali a norma del GDPR UE 679/2016 di cui alla specifica informativa visionata

Luogo e data di nascita Residenza Accettazione per -Ha avuto COVID-19? SI NO SI sopra ed è guarito, (tampone negativo?) SI NO Se ha risposto -E' in quarantena? SI NO -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO -Negli ultimi 14 giorni ha auto contatti con persone in quarantena? SI NO -Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio? SI NO -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone SI NO SI NO provenienti da aree a rischio? -Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi? SI NO o Febbre/febbricola SI NO o Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO o Malessere, astenia SI NO o Cefalea SI NO o Congiuntiviti o Sangue da naso/bocca SI NO o Vomito e/o diarrea SI NO SI NO o Inappetenza/anoressia SI NO o Confusione/vertigini o Perdita/alterazione dell'olfatto SI NO SI NO o Perdita di peso o Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI NO

DATA

Nome

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore

Page 2

Autodichiarazione e consenso informato per trattamento medico in emergenza Covid-19

Il Covid 19 è un virus che colpisce principalmente le vie aeree e i polmoni. La via di trasmissione principale è quella aerea. La sopravvivenza del virus nell'aria è in via di studio.

Gentile Paziente,

Letto e compreso quanto precede

per ridurre al minimo il rischio di contrarre i Covid-19 le sarà richiesto di attenersi alle specifiche indicazioni che le saranno fornite dal personale odontoiatrico. Le facciamo anche presente che il nostro studio medico provvede alla costante disinfezione e sterilizzazione degli ambienti e degli strumenti, nonché degli adeguati sistemi di protezione individuale, così come stabilito alle raccomandazioni del Ministero della Salute.

A tali fini, come indicato nell'informativa sul trattamento dei dati personali esposti, le verranno chieste alcune informazioni necessarie per valutare il suo stato di salute e fatto compilare un questionario.

Questa informativa non sostituisce né modifica l'informativa resa a fini di consenso per le cure odontoiatriche, ma si riferisce soltanto al rischio di contrarre, tramite micro-goccioline salivari, il virus responsabile della Covid-19. Nel caso in cui il rischio di contagio nel Suo caso richiedesse una modifica del piano di cura già in essere, questo sarà specificato nell'informazione che Le sarà fornita per raccogliere il Suo consenso informato alle cure.

Ai sensi dell'art. 47, d.P.R. n. 445/2000 e sotto la mia responsabilità, io sottoscritto	
(oppure in qualità di responsabile	
genitoriale del minore)	

dichiaro che

quanto indicato nel questionario sottopostomi corrisponde al vero. Allo stesso tempo impegnandomi a comunicare all'odontoiatra ogni variazione del mio stato di salute,

presto il mio Consenso

al trattamento medico in relazione al rischio sopra evidenziato di contagio Covid-19.

Data	Firma