

QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI

(da compilare prima della seduta dentistica per la sicurezza sanitaria)

NOME E COGNOME:

barrare la casella SI o NO

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

DATA:

FIRMA:

(del paziente/accompagnatore/genitore se minore)

*Dati raccolti per motivi di interesse pubblico (art. 9, par. 2 GDPR).
Per ulteriori informazioni sul trattamento dei dati consultare la pagina:
<https://www.carlomariastabilini.it/dentista/privacy-policy/>.*

☎ Telefono
+39 02 76006076

✉ E-mail
stabi28@gmail.com

🌐 Sito Web
www.carlomariastabilini.it