

Allegato 1. Questionario che il paziente deve scaricare dal sito Internet della Clinica o richiedere in segreteria per mail/WhatsApp, stampare, compilare accuratamente e firmare

NOME..... COGNOME..... DATA DI NASCITA.....

Domande cui rispondere con precisione e sincerità	SI	NO
È sottoposto a regime di quarantena e non l'ha ancora terminata?		
Ha la febbre (oltre 37.5°) o l'ha avuta nelle due ultime settimane?		
Ha sintomi di un'infezione respiratoria (tosse, naso che cola, mal di gola, fatica a respirare)?		
Ha dolore quando respira?		
Ha diarrea o dolori addominali?		
Ha notato perdita del gusto e/o dell'olfatto?		
Ha dolori muscolari/articolari		
Ha avuto arrossamenti e gonfiore inusuali, in particolare ai piedi o alle mani?		
Ha insolita stanchezza?		
Ha avuto contatti con un paziente affetto o a rischio di SARS-Cov-2 (Coronavirus)?		
Ha viaggiato o soggiornato in una zona "rossa" (ad alta incidenza di SARS-Cov-2)?		

Sono consapevole che la compilazione di questo questionario fa parte delle misure di contenimento della diffusione del virus Covid-19.

Confermo quindi di averlo compilato personalmente e che le mie risposte sono assolutamente veritiere.

In fede.....