

ANAMNESI COVID-19

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

- E' affetto oppure ha avuto COVID-19? SI NO
- Se la risposta è SI: è guarito? SI NO
- E' in quarantena? SI NO
- Negli ultimi 14 giorni ha avuto febbre, tosse, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, dell'olfatto o altri sintomi riconducibili al Covid-19? (sottolineare da quali sintomi si è stati o si è affetti) SI NO
- Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19, con persone in quarantena o con persone che presentavano i suddetti sintomi? SI NO

Data _____

Firma del paziente (o del legale rappresentante)

PER LE VISITE SUCCESSIVE:

Confermo in data odierna che non c'è stata alcuna variazione rispetto ai dati sopra riportati.

Data _____

Firma del paziente (o del legale rappresentante)

PER LE VISITE SUCCESSIVE:

Confermo in data odierna che non c'è stata alcuna variazione rispetto ai dati sopra riportati.

Data _____

Firma del paziente (o del legale rappresentante)

PER LE VISITE SUCCESSIVE:

Confermo in data odierna che non c'è stata alcuna variazione rispetto ai dati sopra riportati.

Data _____

Firma del paziente (o del legale rappresentante)

PER LE VISITE SUCCESSIVE:

Confermo in data odierna che non c'è stata alcuna variazione rispetto ai dati sopra riportati.

Data _____

Firma del paziente (o del legale rappresentante)
