



Dichiarazione per visite mediche e/o interventi chirurgici ambulatoriali in situazione di emergenza sanitaria per SARS-CoV-2

Gentile paziente

in questa situazione di emergenza socio-sanitaria verranno applicate tutte le misure necessarie a garantire la sicurezza dei pazienti e del personale. In particolare, verranno adottate le seguenti precauzioni: l'igiene degli ambienti e delle superfici, il distanziamento sociale nelle sale di attesa, negli ambulatori di visita e nelle sale operatorie e la limitazione stretta degli accompagnatori (massimo uno, esclusivamente per i soggetti minori e/o non autosufficienti).
Il / la sottoscritta

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via/P.zza _____ n. _____

Telefono _____

consapevole dell'emergenza per SARS-CoV-2e dei rischi generali di contagio, ai sensi della legge e degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

1. di avere letto e compreso l'informativa relativa ai trattamenti di dati relativi ad attività per il contrasto del coronavirus SAR-CoV-2, consultabile anche sul sito della Casa di Cura
2. di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da coronavirus SAR-CoV-2, anche come declinate nelle procedure in materia, consultabili sul sito internet della casa di Cura.
3. di essere stato sottoposto a questionario relativo al proprio stato di salute in previsione della visita ambulatoriale.
4. di NON avere avuto nelle 2 settimane precedenti la prestazione sanitaria: febbre, tosse e altri sintomi respiratori, tra cui mal di gola, difficoltà respiratoria, alterazioni del gusto o dell'olfatto.
5. di NON aver avuto diarrea, vomito e disturbi gastro-intestinali o congiuntivite nelle 2 settimane precedenti la prestazione
6. di NON essere consapevole di propria positività al coronavirus SARS-CoV-2
7. di NON trovarsi nello stato di quarantena obbligatoria o forzata
8. di NON essere stato in contatto e/o di NON essere consapevole di essere stato a contatto con soggetti aventi le caratteristiche di cui ai punti 5, 6, 8 della presente dichiarazione
9. di essere / non essere stato sottoposto a test per la presenza di coronavirus SAR-CoV-2 in caso di risposta affermativa presentare documentazione.
10. di essere consapevole che la Casa di Cura tratterà i dati personali, anche particolari, dell'utente raccolti per finalità di prevenzione e cura e correlate, collaborando anche con le altre Autorità ed Enti competenti come da informativa parimenti consultabile sul sito internet della Casa di Cura che dichiara fin d'ora di aver letto e compreso.

- Luogo e data _____ Prestazione ambulatoriale
 Prestazione chirurgia ambulatoriale

• Il Paziente (firma) _____

• L'operatore che riceve la dichiarazione firmata in sua presenza
