

AUTODICHIARAZIONE PER VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE
(aggiornamento del 19.11.2020)

EMERGENZA SANITARIA PER CORONAVIRUS - COVID-19 GENTILE PAZIENTE O TUTORI DEL MINORE, IN QUESTA SITUAZIONE DI EMERGENZA SOCIO-SANITARIA, NEL RISPETTO DEL RAPPORTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA TRA MEDICO E PAZIENTE, APPLICATE TUTTE LE NECESSARIE PRECAUZIONI IGIENICHE E DI DISTANZIAMENTO

In particolare: le necessarie azioni inerenti l'igiene degli ambienti e delle superfici, il distanziamento sociale negli Ambulatori di visita, nelle Sale Operatorie, la limitazione stretta degli accompagnatori (massimo uno solo nel caso di minorenni o non autosufficienti), l'osservanza di tutte le norme igienico-sanitarie degli operatori sanitari, parasanitari e dei collaboratori, comprendenti l'utilizzo di guanti monouso per il personale della struttura, mascherine chirurgiche per tutti, igiene delle mani mediante lavaggio e disinfezione con gel alcolici o a base di ipoclorito di sodio, disinfezione degli strumenti.

IL PAZIENTE CHE NECESSITI DI UNA PRESTAZIONE A OFTALMOLOGICA, CONSAPEVOLE DELLA EMERGENZA COVID-19 E DEI RISCHI GENERALI DI CONTAGIO, AI SENSI DELLA LEGGE E DEGLI ART. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

DICHIARA

Il Sottoscritto.....
In qualità di tutore/genitore del Sig.Sigra
Nato a..... il.....
Residente nel comune di.....
via.....n°..... Telefono.....

DICHIARA

1. di non avere avuto nei 10 giorni precedenti la prestazione sanitaria raffreddore, febbre, tosse ed altri sintomi respiratori tra cui mal di gola, dispnea a riposo e sotto sforzo.
2. di non essere risultato positivo al corona virus. Nel caso di positività di avere effettuato almeno 1 tampone che risulti negativo dopo 10 giorni dal contagio.
3. di non trovarsi nello stato di quarantena obbligatoria e di non aver avuto contatto con persone in quarantena da almeno 10 giorni.

Dichiaro di provenire dalla regione.....
Il Paziente/Dichiarante/Tutore.....
Luogo..... Data.....

Firma:.....