

DR. EDOARDO BERNKOPF

Medico chirurgo, specialista in Odontoiatria e protesi dentaria

VICENZA 36100- Via Garofolino, 1 - Tel. e Fax 0444/545509

E-mail: edber@studiober.com Sito internet: www.studiober.com

QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI
(da compilare prima della seduta)

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE

NOME E COGNOME DEL GENITORE/ACCOMPAGNATORE SE

MINORE _____

-Ha avuto COVID 19?	SI	NO
-Se la risposta è SI ed è guarito, (tampone negativo?)	SI	NO
-E' 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 14 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/febbre	SI	NO
• Tosse e/o difficoltà respiratorie	SI	NO
• Malessere, astenia	SI	NO
• Cefalea	SI	NO
• Congiuntivite	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 dell' olfatto e o del gusto	SI	NO

DATA _____

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore
