

AUTODICHIARAZIONE PER VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, INTERVENTI PARACHIRURGICI E CHIRURGICI NECESSARI E NON DIFFERIBILI IN SITUAZIONE DI 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), 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 - VENGONO EFFETTUATE LE PRESTAZIONI SANITARIE (VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, INTERVENTI PARACHIRURGICI E CHIRURGICI) NECESSARIE E NON DIFFERIBILI IN AMBITO SPECIALISTICO, VAGLIATE MEDIANTE CONTATTO TELEFONICO TRA MEDICO OCULISTA E PAZIENTE.

IL PAZIENTE CHE NECESSITI DI UNA PRESTAZIONE MEDICO-CHIRURGICA OFTALMOLOGICA, CONSAPEVOLE DELLA EMERGENZA COVID-19 E 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

Il Sottoscritto.....

Nato a..... il

Residente a..... via.....n°

Telefono e-mail

1. di acconsentire alla visita medica specialistica ed eventualmente alla prestazione parachirurgica o chirurgica indicata e considerata necessaria;
2. di essere in transito da
3. di non avere avuto nelle tre settimane precedenti la prestazione sanitaria raffreddore, febbre, tosse ed altri sintomi respiratori tra cui mal di gola, difficoltà respiratorie a riposo e sotto sforzo;
4. di non aver avuto nelle due settimane precedenti la prestazione diarrea, vomito e disturbi gastro-intestinali;
5. di non aver avuto nelle ultime due settimane alterazioni del gusto e dell'olfatto;
6. di non aver avuto nelle ultime due settimane dolori muscolari diffusi e parestesia agli arti;
7. di non essere risultato positivo al corona virus;
8. di non trovarsi nello stato di quarantena obbligatoria;
9. di non essere stato in contatto con soggetti aventi le caratteristiche di cui ai punti di cui sopra.

Il Paziente/Dichiarante/Tutore

L'accettante Medico/Collaboratore

Luogo Data



QUATTROELLE
CUSTOM EYE CLINICS

Direttore sanitario sede Milano: Dr. Gualtiero Cogliandro
 Direttore sanitario sede Nizza Monferrato: Dr. Davide Panico

QUATTROELLE S.r.l. con unico socio

20121 MILANO - Via Cusani 7/9 - Tel. 02.8057388, Fax 02.86452896
 14049 NIZZA MONFERRATO (AT) - Piazza Martiri di Alessandria 6 - Tel. 0141.726516

info@quattroelle.org - www.quattroelle.org