

Informazioni Generali Paziente

Nome _____ Cognome _____ Sesso M F
Data di nascita _____ Residenza _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ Codice Fiscale _____
Recapito Telefonico _____ E-mail _____
Medico Curante _____

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato sottoposto a vaccino anti Covid 19 SI NO Non Noto
Data di esecuzione della vaccinazione _____
Se SI nome commerciale del vaccino _____

Il paziente è stato sottoposto a vaccino antinfluenzale SI NO Non Noto
Data di esecuzione della vaccinazione _____
Se SI nome commerciale del vaccino _____

Informazioni cliniche del paziente

Paziente Sintomatico (T°37,5 mal di gola, rinorrea, difficoltà respiratoria e sintomatologia simil-influenzale/simil-COVID-19/polmonite) SI NO
se SI data insorgenza sintomi _____

Paziente Paucisintomatico (In patologia, di forma morbosa che si manifesta con sintomi inferiori di numero e di minore intensità rispetto al consueto) SI NO
se SI data insorgenza sintomi _____

Paziente Asintomatico SI NO

Dati epidemiologici

Il paziente è stato a stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID-19 SI NO
se SI data del contatto _____ Luogo _____

Il paziente convive con un caso sospetto o confermato di COVID-19 SI NO

Negli ultimi **14 giorni** ha viaggiato SI NO

se SI ha soggiornato in

Regno Unito-Inghilterra, Irlanda del Nord, Galles, Scozia

SI NO

data arrivo _____ data partenza _____

Sudafrica

SI NO

data arrivo _____ data partenza _____

Brasile

SI NO

data arrivo _____ data partenza _____

ha soggiornato in altri Paesi:

dove _____

data arrivo _____ data partenza _____

dove _____

data arrivo _____ data partenza _____

E' contatto di persona che negli ultimi **14 giorni** ha viaggiato in paesi esteri

SI NO

Se SI quali _____

Il paziente ha informazioni aggiuntive da dichiarare

SI NO

Se SI quali _____

Nome Cognome in stampatello Paziente

Firma (leggibile)

Dati dell'operatore sanitario che compila la scheda

Nome _____ Cognome _____ in qualità di _____

Recapito Telefonico _____ Cellulare _____ e-mail _____

Nome Cognome in stampatello dell'operatore sanitario

Firma

Informativa sul trattamento dei dati personali

In ottemperanza alla vigente normativa in materia di Trattamento dei Dati Personali, viene resa la presente informativa affinché Lei possa conferire i Suoi Dati, in modo consapevole ed informato e, in qualsiasi momento, richiedere chiarimenti ed esercitare i Suoi diritti.

Il titolare del Trattamento dei Suoi Dati Personali è Lifebrain Lombardia S.r.l. con sede legale in Brescia (BS), Via Rodi 49 – 2512, Codice fiscale e n. iscrizione al Registro delle Imprese 80051880179.

Il Titolare ha designato un proprio Responsabile della Protezione dei dati personali (“DPO”), che può essere contattato all’indirizzo e-mail: dpo@lifebrain.it.

I Suoi dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da Covid 19 e di gestione dell’emergenza epidemiologica (es. attraverso l’individuazione di soggetti con sintomi o asintomatici), nonché di contenimento del rischio di diffusione di nuove varianti SARS-COV-2.

Il conferimento dei Suoi dati deve essere da Lei liberamente espresso, tuttavia lo stesso risulta indispensabile per l’espletamento di tutte le operazioni necessarie alla prestazione sanitaria richiesta.

I dati personali non saranno oggetto di diffusione, né di comunicazione a terzi, se non in ragione delle specifiche previsioni normative (es. comunicazione ad ATS di tamponi eseguiti in persone in arrivo da paesi esteri in cui sia nota la presenza di nuove varianti).

I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario a perseguire le citate finalità e conservati non oltre il termine dello stato d’emergenza.

In qualsiasi momento, potrà esercitare il diritto di accesso ai Suoi dati personali, richiederne la rettifica, l’aggiornamento e la cancellazione, opporsi al trattamento e richiederne la limitazione, tramite raccomandata A/R da inviare presso la sede legale del Titolare del trattamento (sopra indicata) o via *e-mail* all’indirizzo privacy@lifebrain.it.

Inoltre, nel caso in cui ritenga che il trattamento sia stato svolto in violazione della normativa sulla protezione dei dati personali, Le è riconosciuto il diritto di presentare reclamo all’Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Consenso al trattamento dei dati personali regolamento (ue) 2016/679

Dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione delle finalità di sopra evidenziate.

Luogo, data

Firma
