

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 _____

Austria

SI NO

data arrivo _____ data partenza _____

ha soggiornato in altri Paesi:

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 è persona con sospetta reinfezione da SARS-Cov-2

SI NO

Il paziente vive in aree che hanno subito un aumento significativo di casi Covid 19 o risulta coinvolto in situazioni di focolai accertati

SI NO

Il paziente ha informazioni aggiuntive da dichiarare

SI NO

Se SI quali _____

Nome Cognome in stampatello Paziente _____

Firma (leggibile) _____

Dati dell'operatore sanitario

Nome _____ Cognome _____

Firma (leggibile) _____

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
