



**biocenter**  
ANALISI CLINICHE

**Biocenter srl**

[biocenter.srl@alice.it](mailto:biocenter.srl@alice.it)  
[biocenter.srl@keypec.com](mailto:biocenter.srl@keypec.com)  
[www.laboratoriobiocenter.it](http://www.laboratoriobiocenter.it)

Sede Legale e Operativa

Viale Minieri 181  
82037 Telesse Terme  
tel/fax 0824 97 65 22  
tel 0824 60 42 23

Punto Prelievo

Via Vescovo A.Massarelli 63  
82032 Cerreto Sannita  
tel/fax 0824 86 12 47



## INDAGINE ANAMNESTICA PER TEST COVID 19

Cognome e Nome del paziente: \_\_\_\_\_

Si forniscono le informazioni in qualità di  
(indicare il nominativo se diverso dal paziente):

diretto interessato  genitore  coniuge  tutore  altro

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel/Cell. \_\_\_\_\_ Medico di medicina generale \_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o certificazione di atti falsi (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.)

### DICHIARA

1. Di avere o non avere avuto i seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni:

Sintomo	Si	No
Rialzo temperatura oltre 37,5 ° C		
Raffreddore/Naso che cola		
Difficoltà respiratorie		
Tosse/Mal di gola		

2. É stato affetto da Covid 19?  SI  NO

3. É stato sottoposto a regime di quarantena obbligatoria?  SI  NO

4. É stato sottoposto a vaccinazione anti COVID-19?  SI  NO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'operatore

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente