



biocenter
ANALISI CLINICHE

Biocenter srl

biocenter.srl@alice.it
biocenter.srl@keypec.com
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