

RICHIESTA DI FARMACI PER SINGOLO PAZIENTE
(Legge n. 94 dell'08/04/98)

Il sottoscritto Dr. _____

Data _____

RICHIESTA DI FARMACI PER IL PAZIENTE

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA ____/____/____ CODICE FISCALE.....

INDIRIZZO.....

ASL Appartenenza.....

Prescrizione

Indicazione/Patologia.....

Dosaggio – Via di somministrazione.....

Posologia..... Durata terapia.....

Prescrizione galenica necessaria per (INDICARE MOTIVAZIONE):

Il medico prescrittore dichiara di assumere la responsabilità del trattamento e di aver acquisito il consenso informato del paziente.

TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO PRESCRITTORE

.....