



**PRESCRIZIONE**

Cognome:	Data di nascita:
NAP / località:	Via:
Assicurato n.:	

Contrassegnare ciò che fa al caso:

La prescrizione è stata da me effettuata

Data della prescrizione:	
Prescrizione per:	
Durata della prescrizione:	

- la prescrizione **non** è stata effettuata da me
- sono informato/a circa il trattamento e sono d'accordo con l'assunzione dei costi
- non si tratta di un/a mio/a paziente

Osservazioni:

---

---

---

---

Luogo:

Data:

Timbro/firma del medico: