



Trasferimento temporaneo delle cure HeGeBe



per paziente

Cognome:

Nome:

data di nascita:

Indirizzo:



centro che assiste solitamente il paziente

Nome:

Indirizzo:

Medico competente:

Telefono:

e-mail:

Indirizzo di fatturazione:



centro che assiste temporaneamente il paziente

Nome:

Indirizzo:

Medico competente:

Telefono:

e-mail:

Come già discusso telefonicamente, il suddetto paziente deve procurarsi stupefacenti nel vostro centro

dal

al

**Dosaggio e forma galenica
della DAM:**

mattino

mezzogiorno

sera

Data

Data

Data

Altre TAO:

Medicamenti:

Ulteriori osservazioni:

Mittente

Data

timbro e firm