

STOP - FINE TRATTAMENTO

(inviare per fax 091 814 44 46 o umc@hsn.ti.ch)

DATI DEL PAZIENTE

Nome, Cognome

Via

CAP, Località

Data di nascita

MEDICO PRESCRITTORE

Nome, Cognome

INFORMAZIONE SULLA FINE DEL TRATTAMENTO

Data di fine trattamento (ultima dose fornita)
g g m m a a a a

Tipo di fine trattamento

- guarito cambio medico cambio di domicilio
- ospedalizzazione carcerazione perso di vista (da 2 settimane)
- rottura esplicita/esclusione decesso

Proseguimento del trattamento di sostituzione presso un altro medico prescrittore?

- sì, indicare il medico no non noto

Nome, Cognome

CAP, Località

OSSERVAZIONI/COMMENTI

.....
.....
.....

Luogo e data

Firma del medico

.....

.....

Si prega di inviare copia del presente documento anche al Dispensatore