

Dott. _____

Sig.....

indirizzo:

P.....

.....

S

Io sottoscritto Dott.certifico che:

- la presente prescrizione è relativa ad una terapia di durata fino a 90 (novanta) giorni, necessaria per il paziente;
- nel caso specifico non sussistono alternative terapeutiche;
- è conforme alle indicazioni derivanti dalla letteratura internazionale di riferimento ed il farmaco ivi prescritto verrà utilizzato sotto la mia diretta responsabilità.

La presente prescrizione non è valida per la spedizione ai fini dell'importazione del farmaco prescritto nel territorio dello Stato Italiano, ma solo per uso personale del paziente, limitatamente al territorio estero in cui il farmaco è dispensabile al pubblico e per le indicazioni previste. Ogni utilizzo diverso di tale prescrizione è da ritenersi illegittimo.

in fede

Data: _____

Dott. _____

Io sottoscritto Sig. dichiaro\|a di essere stato informato\|a in modo chiaro dal
Dott. della necessità, di effettuare la suddetta terapia che:

- nel mio caso non sussistono valide alternative terapeutiche;
 - è conforme ad indicazioni della letteratura scientifica internazionale di riferimento;
 - verrà utilizzata sotto la diretta responsabilità del medico prescrittore
- e dichiaro inoltre:
- di avere ben compreso tutte le suddette informazioni;
 - di esprimere pertanto il mio consenso ad essere sottoposto\|a alla suddetta terapia;
 - di utilizzare, o far utilizzare, la presente prescrizione limitatamente al territorio estero in cui il farmaco è dispensabile al pubblico e non al fine di importare il medicamento prescritto nel territorio dello stato italiano;
 - di concedere il mio assenso al trattamento dei miei dati personali comuni e sensibili per le finalità di prevenzione diagnosi e cura della mia persona.

data: _____

il sottoscritto