

Modello di certificato medico per viaggiatori malati che devono trasportare medicinali che contengono stupefacenti o sostanze psicotrope per uso medico personale

A. Paese, data e luogo di emissione

Paese: 0000

Luogo e data: 0000

Durata di validità:* 0000

B. Medico che rilascia la prescrizione

Cognome, nome: 0000

Indirizzo: 0000

Tel. (incl. codice del Paese): 0000

GLN (codice EAN-L): 0000

C. Paziente

Cognome, nome: 0000

Sesso: 0000

Luogo di nascita: 0000

Data di nascita: 0000

Domicilio: 0000

Numero del passaporto o della carta di identità: 0000

Paese di destinazione: 0000

D. Preparato medico prescritto

Denominazione commerciale (o composizione): 0000

Forma farmaceutica: 0000

Dose giornaliera: 0000

Numero di unità (compresse, fiale, ecc.): 0000

Nome internazionale della sostanza attiva: 0000

Concentrazione della sostanza attiva: 0000

Numero di giorni di trattamento: 0000

E. Osservazioni 0000

* Durata di validità raccomandata: tre mesi dalla data di emissione.