

Nominativo Medico

Specializzazione

Via:

Tel:

Cod.Reg:

Luogo e Data

Si prescrive a __ (*Codice Alfa Numerico del Paziente*) __

Tipo di Cannabis: ____ *Es: CANNABIS FLOS 22% THC (Bedrocan)* ____

Tipo di Preparazione: ____ *Es: Cartine per Vaporizzazione* ____

Quantità e Posologia per Quantità: ____ *Es: una cartina n° mg di tali n°* ____

Modalità d'uso e Posologia: ____ *Es: una cartina una volta al di per via inalatoria per 10 giorni* ____

Specialità non in commercio, paziente non responsivo alla terapia convenzionale

(frase obbligatoria da far sempre inserire)*

Tipo di ricetta: ____ *Es: Ricetta non Ripetibile* ____

Timbro e Firma del Medico

Nota Bene:

La ricetta deve essere portata in originale. A validità di 30 giorni