

Certificato

Io sottoscritto, medico personale attesto che la

Signora/il Signor

Cognome:

Nome:

Nato/-a il:

Via:

Indirizzo:

soffra di una **malattia cronica** (indicata con crocetto)

- paziente di dialisi (Shunt sinistra / destra)
- paziente con trapianto di organi interi (rene, cuore, fegato, polmone)
- diabetica/-o

Per questo, la/il paziente è obbligata/-o di prendere regolarmente i farmaci seguenti per **necessità vitale**:

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

Annotazioni:

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

Questi farmaci devono essere presi regolarmente in intervalli corti ed anche in caso di bisogno dal paziente. Per una/un paziente diabetica/-o può essere obbligo di portare con sé delle siringhe. È importante per la/il paziente di avere con sé **una quantità sufficiente per la durata di viaggio** (almeno 3 giorni).

.....
Luogo, data

.....
Nome e firma del medico