

AUTORIZZAZIONE PER CURE MEDICHE DI EMERGENZA

In caso siano necessarie cure mediche di emergenza, e io non sia reperibile nell'immediato, autorizzo i Fornitori di servizi di tregua a sollecitare qualsiasi procedura di emergenza che possa essere necessaria ad assicurare la salute e il benessere di:

\_\_\_\_\_  
Nome dell'assistito

\_\_\_\_\_  
Firmato: Genitore o Tutore

\_\_\_\_\_  
Data

AUTORIZZAZIONE A SOMMINISTRARE LE CURE SPECIFICATE

Con la presente, autorizzo i Fornitori di servizi di tregua a somministrare le cure elencate nel prosieguo e prescritte dal medico curante a \_\_\_\_\_.  
(Nome dell'assistito)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(Nome)	(Dosaggio)	(Tempi)

\_\_\_\_\_  
Firmato: Genitore o Tutore

\_\_\_\_\_  
Data

Si prega di fornire copia di ciascuna prescrizione comprese le indicazioni per le medicazioni al bisogno (PRN). L'etichetta sul medicinale deve corrispondere alla prescrizione.

Rappresentante personale servizi di tregua

\_\_\_\_\_  
Nome