

Terapia Psicofarmacologica Attuale: _____

Altri Farmaci: _____

Alcool: _____

Caffè: _____ **Fumo:** _____ **Altre sostanze:** _____

Altre Dipendenze: _____

Disponibilità all'inserimento a partire dal _____

Timbro e firma del Medico

Inviare via fax (069647204) o via posta elettronica direzione@colnavsrl.it