

## Questionario per il rimborso di medicinali ai sensi **dell'art. 71**

### Dati personali

Sesso:

f                       m

Fascia di età:

0-10             11-20                       21-30                       31-40  
 41-50             51-70                       71 e oltre

Cantone di domicilio:

---

Diagnosi:

---

---

Farmaco:

Marchio \_\_\_\_\_

Principio attivo \_\_\_\_\_

Autorizzato:

sí                       no

Data dell'autorizzazione/del rifiuto (facoltativo):

---

Sottoposto a un tribunale:

sí                       no

In caso affermativo, verdetto:

---

---

In caso negativo, motivo:

---

---

Cassa malati (facoltativo):

---