

Blankett för rekvisition av läkemedel vid utebliven leverans av dosdispenserade läkemedel

Denna blankett kan enbart användas av kommunal sjukvård för att rekvirera läkemedel till patienter i hemsjukvård/vårdboende vid långvarig utebliven leverans av dosdispenserade läkemedel.

Beställande enhet

Enhetens namn:

Leveransadress:

Telefonnummer:

Beställningsdatum (ååmmdd)**Faktureras:**

Region Norrbotten

Ref. 01929 Krisplan dosläkemedel

Box 511

961 28 Boden

| Varunummer | Läkemedel (namn och läkemedelsform) | Styrka | Förp- storlek | Antal förp. | Ev. kommentar |
|------------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Varunummer | Läkemedel (namn och läkemedelsform) | Styrka | Förp- storlek | Antal förp. | Ev. kommentar |
|------------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|--|--|
| Underskrift behörig beställare: | Namnförtydligande och befattning: |
| | |

Kvittens vid hämtning:

Datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Apotekets noteringar: