

Vårdgivarens kontaktuppgifter

Sjukhus	Telefon
_____	_____
Avdelning / Mottagning	Kontaktperson
_____	_____
_____	_____

Patientuppgifter

Personnummer	Namn
_____	_____

Läkemedelsuppgifter

Läkemedelsnamn	Dos eller koncentration
_____	_____
_____	_____
Första dos av beställt läkemedel ges datum:	Klockslag: _____
Sista dos av beställt läkemedel ges datum:	Klockslag: _____

E-Recept finns förskrivet

Leveransuppgifter

Leverans skickas till:

Namn: _____

Adress: _____

Postnr, Ort: _____

Första leverans skickas till (adress, postnr, ort). Fylls i om leverans sker till annan adress än ovan:

Kontaktuppgifter till leveransmottagare (namn, telefonnr & relation) (patient, fullmaktshavare, hemsjukvård eller motsvarande):

Övrig information:

Ledtider: Normal ledtid för första leverans är 72 timmar (vardagar). För alternativ hantering kontakta Nationella enheten.

Apotekets noteringar:
