

Fax 08-766 79 17
---------------------

## Beställning av patientbunden hel förpackning

### Beställare

<b>Dosmottagare/Enhet</b>	<b>Dosmottagar-ID</b>	<b>Telefon</b>	<b>Fax</b>
---------------------------	-----------------------	----------------	------------

	Personnummer	För- och efternamn	Läkemedel/Vara	Styrka	Förpackningsstorlek	Antal	Felkod
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

### Meddelande lämnat av

<b>Datum</b>	<b>Signatur</b>
<b>Befattning</b>	

### Ifylles av Apotekstjänst

<b>Beställningskontroll utförd</b>	
<b>Datum</b>	<b>Signatur</b>

### Felkod

1. Ej dospatient
2. Läkemedlet slutexpedierat
3. Läkemedlet finns ej på förteckning recept
4. Nyligen expedierat/ Expeditionsintervall finns
5. Restnoterat
6. Övrigt