

LÄKEMEDELSREKVISITION

0000

Beställare/avd		Rekv.datum (år-mån-dag)		Emottagit (vid hämtning på apoteket)					
				Datum _____					
Kundnr		Tel.nr		Namn _____					
Varu- nummer	Läkemedlets namn, beredning	Styrka	Storlek	Kvantitet	Rest				
						1			
						2			
						3			
						4			
						5			
						6			
						7			
						8			
						9			
Ansvarige läkarens/Beställarens namnteckning			Namnförtydligande och befattning			<table border="1"> <tr> <td>Kontr. I</td> <td>Kontr. II</td> </tr> </table>		Kontr. I	Kontr. II
Kontr. I	Kontr. II								

FATTA
och
RYCK
här

LÄKEMEDELSREKVISITION

0000

Beställare/avd		Rekv.datum (år-mån-dag)		Emottagit (vid hämtning på apoteket)					
				Datum _____					
Kundnr		Tel.nr		Namn _____					
Varu- nummer	Läkemedlets namn, beredning	Styrka	Storlek	Kvantitet	Rest				
						1			
						2			
						3			
						4			
						5			
						6			
						7			
						8			
						9			
Ansvarige läkarens/Beställarens namnteckning			Namnförtydligande och befattning			<table border="1"> <tr> <td>Kontr. I</td> <td>Kontr. II</td> </tr> </table>		Kontr. I	Kontr. II
Kontr. I	Kontr. II								

FATTA
och
RYCK
här

LÄKEMEDELSREKVISITION

0000

Beställare/avd	Rekv.datum (år-mån-dag)	Emottagit (vid hämtning på apoteket)
		Datum _____
Kundnr	Tel.nr	Namn _____

Varu- nummer	Läkemedlets namn, beredning	Styrka	Storlek	Kvantitet	Rest		
					1		
					2		
					3		
					4		
					5		
					6		
					7		
					8		
					9		
Ansvarige läkarens/Beställarens namnteckning		Namnförtydligande och befattning			<table border="1"> <tr> <td>Kontr. I</td> <td>Kontr. II</td> </tr> </table>	Kontr. I	Kontr. II
Kontr. I	Kontr. II						

FATTA
och
RYCK
här