

Borttagna narkotiska läkemedelsplåster

Namn:

Personnummer:

Namn på läkemedel:

Styrka:

 Datum: Signering:	 Datum: Signering:
 Datum: Signering:	 Datum: Signering:
 Datum: Signering:	 Datum: Signering:

Avlägsna använt plåster och fäst i en tom ruta, datera och signera.

Signaturförttydligande, se baksida

[illegible]