Narkotikajournal patient

VELLINGE KOMMUN

Namn:
Personnummer: **Namn på läkemedel:** **Styrka:** **Beredningsform:**

Datum År	Klockslag	Tillförd mängd läkemedel	Signatur	Uttagen mängd läkemedel	Signatur	Återstående mängd läkemedel	Signatur	Mängd kasserat läkemedel	Anledning	Signatur

Signaturförtydligande, se baksida

Signatur	Signaturförtydligande	Befattning