

## Borttagna narkotiska läkemedelsplåster

**Namn:**

**Personnummer:**

**Läkemedel och styrka:**

<b>Datum:</b>	<b>Signering:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Signering:</b>
<b>Datum:</b>	<b>Signering:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Signering:</b>
<b>Datum:</b>	<b>Signering:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Signering:</b>

Avlägsna använt plåster och fäst i en av de tomma rutorna, datera och signera.