APOTEKET
FARMACI

LÄKEMEDELSREKVISITION

Faxas/lämnas till

Sjukhusapotekets namn	Faxnummer	Antal sidor

Kund/Leveransmottagare	Beställningsdatum (år, månad, dag)
	☐ Skickas ☐ Hämtas
	Kundnummer / Telefonnummer

LÄKEMEDEL Namn, Läkemedelsform	Styrka	FÖRP STLK	ANTAL FÖRP	VARUNUMMER	REST/MEDD

Underskrift behörig beställare	Namnförtydligande och befattning

Kvittens (vid hämtning)

Datum
Underskrift
Namnförtydligande

Sjukhusapotekets noteringar

	Datum	Signatur
Rekvisitionsnummer		
Registrering		
Orderberedning		
Teknisk kontroll		
Färdigställande		

AB 9417F Augusti 2009 © Apoteket Farmaci AB