



Ny dospatient Ändrade patientuppgifter

Blanketten skickas till

Dosapoteket	Fax (även riktnr)
-------------	-------------------

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
--------------------	--------------

Boendeform

Kund/Enhet (se packlista från dosapoteket)	Eventuell avd.	Kundnummer
Ansvarig sjuksköterska/kontaktperson, för- och efternamn		Telefon (även riktnr)
Fullständig adress		Fax (även riktnr)
Vid ordinärt boende ange även		
Fullständig adress		
Telefon (även riktnr)	Fax (även riktnr)	Apotek där ApoDos önskas hämtas

Fakturamottagare om annan än patienten själv **OBS! Bifoga kreditavtal**

För- och efternamn	Telefon (även riktnr)
Fullständig adress	

Vårdande enhet

Eventuell ansvarig förskrivare, för- och efternamn	Telefon (även riktnr)
Vårdande enhet (t.ex. husläkarmottagning eller avdelning på sjukhus)	Arbetsplatskod

Påminnelselista om generell överenskommelse saknas

Påminnelser om giltighet skickas till

<input type="checkbox"/> Vårdtagare	<input type="checkbox"/> Kontaktperson
-------------------------------------	--

Följesedel

Följesedel (specifikation över dispenserade läkemedel) önskas. Bifogas ordinarie leveranser.

Önskad startdag för första dos

--

Ordination via

<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> E-dos
------------------------------	--------------------------------

Uppgiftslämnare

Namn	Telefon (även riktnr)	Fax (även riktnr)
------	-----------------------	-------------------

Underskrift

.....
Datum

.....
Uppgiftslämnarens namnteckning