

Blanketten skickas till

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

Kund/Enhet

Namn	Kundnummer
------	------------

Personuppgifter

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

Felbeskrivning

Felet avser	Intagningsdatum	Doseringstillfälle/Klockslag	Dispenseringsdatum (se påse/bricka)
<input type="checkbox"/> Påse <input type="checkbox"/> Bricka
<input type="checkbox"/> Originalförpackning	<input type="checkbox"/> Dosreceipt	<input type="checkbox"/> Utebliven/försenad leverans, antal timmar	
Beskrivning av felet (kompletteras om möjligt med kopia av aktuellt dosreceipt)			
.....			
.....			
.....			
Vem upptäckte felet, när och hur?			
.....			
.....			
.....			

Vidtagna åtgärder

Gentemot patient
.....
.....
.....
Eventuell läkarkontakt
.....
.....
.....
Övrigt
.....
.....
.....

Uppgiftslämnare

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

Underskrift

.....
Datum

.....
Uppgiftslämnarens namnteckning

Returnera om möjligt de felaktiga doserna.
Använd under tiden en annan påse/avdelad dos
med motsvarande innehåll från slutet av perioden.
Beställ ersättningsdoser.