

Blanketten skickas till

Dosapotek	Fax (även riktnr)	Telefon (även riktnr)
-----------	-------------------	-----------------------

Patient

Namn	Personnummer
Kundens namn	Kundnummer

Orsak

<input type="checkbox"/> Förlorad dos
<input type="checkbox"/> Fel i doserna (fyll i avvikelseanmälan)
<input type="checkbox"/> Semester
Annan orsak
.....
.....

Extrados beställes

<input type="checkbox"/> Period	Fr.o.m. datum	T.o.m. datum	
<input type="checkbox"/> Helt dygn	Datum		
<input type="checkbox"/> Del av dygn	Fr.o.m. datum	T.o.m. datum	
<input type="checkbox"/> Enstaka tablett	Datum	Dostillfälle	Läkemedelsnamn

Uppgiftslämnare

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

.....
Datum.....
Namnteckning