Kristianstads kommun

2015-06-24

Medicinlista/Ordinationshandling

Namn:

Personnummer:

Insättning	Läkemedel	Tidpunkt för dosering		Ordinatör	Utsatt

Datum	Ssk sign*	Namn, Beredningsform, styrka	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Dosering	Namn	Datum	Sign

Uppdaterad den:_____ Upprättad av sjuksköterska:_____ Dubbelkontroll utförd av:_____

Leg. Sjuksköterska

* SSK signatur avser korrekt överförd information från ordinationshandling

Kristianstads kommun

2015-06-24

Medicinlista/Ordinationshandling

Insättning	Läkemedel	Tidpunkt för dosering		Ordinatör	Utsatt

Datum	Ssk sign*	Namn, Beredningsform, styrka	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Dosering	Namn och klinik	Datum	Sign
VID BEHOVSLÄKEMEDEL												

Uppdaterad den:_____ Upprättad av sjuksköterska:_____ Dubbelkontroll utförd av:_____

Leg. Sjuksköterska

* SSK signatur avser korrekt överförd information från ordinationshandling