HÄLSA
SJUKVÅRD
OMSORG

SIGNERINGSLISTA för överlämnande av läkemedel

Observera: _____

_____

_____

Personnummer: _____

Namn: _____

År/Månad: _____

Läkemedelsadm.	KL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Kontakta alltid SSK samt välj 1- 4 beroende på orsak, fyll i siffran samt signatur under datum klockslag för den uteblivna dosen.

1. Tar ej läkemedel 2. Illamående/kräkningar 3. Bortrest 4. Sover % Utsatt (används endast av SSK)