SIGNERINGSLISTA LÄKEMEDEL VID BEHOV

dokumentera alltid varför du ger vb medicin i journalen och kontakta SSK

Personnummer: _____

Namn: _____

År/Månad: _____

Läkemedel	År																															
	Dat.																															
	Tid																															
	Antal																															
	Sign.																															
Läkemedel	År																															
	Dat.																															
	Tid																															
	Antal																															
	Sign.																															
Läkemedel	År																															
	Dat.																															
	Tid																															
	Antal																															
	Sign.																															
Läkemedel	År																															
	Dat.																															
	Tid																															
	Antal																															
	Sign.																															

SIGNATURFÖRTYDLIGANDE

Namn	Sign.	Namn	Sign.	Namn	Sign.