

RECEPT

--

Patientens namn		Patienten har rätt till läkemedelsförmåner	
		Ja, sign.	Nej, sign.
Personnummer, samordningsnummer eller födelsedatum			
Särskilda upplysningar till apoteket			
Läkemedelsnamn		Får inte bytas ut, sign.	
Läkemedelsform		Med startförpackning, sign.	
Styrka (siffror)	Styrka (bokstäver)		
Mängd/behandlingstid (siffror)	Mängd/behandlingstid (bokstäver)		
Dosering, användning, behandlingsändamål		Villkoren för läkemedel med förmånsbegränsning är uppfyllda	
		Ja, sign.	Nej, sign.
		Subventioneras enligt	
		Får expedieras (bokstäver)	
		gånge	
Expedieringsintervall (bokstäver)			
Förskrivarens namn, yrke samt adress och telefonnummer till arbetsplats, förskrivarkod, arbetsplatskod			
Förskrivarens namnteckning		Första uttag måste göras före	
Utfärdandedatum		Giltighetstid om kortare än 1 år	

Apotekets noteringar