TIBRO

Socialtjänsten

Signeringslista för överlämnande av vid behovsläkemedel.

Läkemedel/styrka: ____

Namn/personnr: ____

År: ___________

OBS! Se läkemedelslistan för ordination samt ring ssk/dsk innan läkemedel ges.

Datum	Tid	Dos	Ordinerande ssk/dsk	Sign.