TIBRO

Socialtjänsten

Överlämnande av vid behovsläkemedel.

Narkotika

Läkemedel/styrka: _____

Namn/personnr: _____

År: _____

OBS! Se läkemedelslista för ord. samt ring alltid ssk/dsk innan läkemedel ges.

Datum	Tillförd mängd till förrådet	Uttagen mängd från förrådet	Ordinerande ssk	Tid	Behållning	Anm. (brist överskott etc.)	Sign.