

RECEPT FÖR SÄRSKILDA LÄKEMEDEL

Patientens namn, personnummer och adress

17307480

Gäller 1 år från
utfärdandet om inte
kortare tid anges här:

ID Känd/leg

Första uttag måste göras

Förskrivarens sign.

Inom månad(er).

Särskilda upplysningar

Läkemedelsform

Läkemedelsnamn

styrka (siffror) styrka (bokstaver)

mängd (siffror) mängd (bokstaver)

Får inte bytas ut, sign.

Dosering, användning, ändamål

Med förmån, sign.

Utan förmån, sign.

Får expedieras (bokst.)

Exp. intervall (bokst.) gånger

Pat. ID

Känd/leg Sign.

(För ytterligare tillfällen använd baksidan)

Budets ID

personnummer

Känd/leg Sign.

(För ytterligare tillfällen använd baksidan)

Förskrivarens namn, yrke, telefon, tjänsteställe, förskrivarkod, arbetsplatskod (obligatorisk för förmån), obligatorisk för förmån)

Utfärdandedatum och förskrivarens namnteckning

RECEPT

Patientens namn och personnummer

Gäller 1 år från
utfärdandet om inte
kortare tid anges här:

MAKULERAS

Särskilda upplysningar

Får inte bytas ut, sign.

1. Läkemedelsnamn

läkemedelsform styrka

mängd/behandlingsstid

Med startförpackn., sign.

Dosering, användning, ändamål

Med förmån, sign.

Utan förmån, sign.

Får expedieras (bokst.)

Exp. intervall (bokst.) gånger

2. Läkemedelsnamn

läkemedelsform styrka

mängd/behandlingsstid

Med startförpackn., sign.

Dosering, användning, ändamål

Med förmån, sign.

Utan förmån, sign.

Får expedieras (bokst.)

Exp. intervall (bokst.) gånger

Förskrivarens namn, yrke, telefon, tjänsteställe, förskrivarkod, arbetsplatskod (obligatorisk för förmån)

Utfärdandedatum och förskrivarens namnteckning

Förskrivaren intygar genom signum att villkoren enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. är uppfyllda. Om endast ett läkemedel förskrivs snedsträckas tom ruta.