



Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

SIGNERINGSLISTA LÄKEMEDEL VID BEHOV LISTAN SKAPAD AV: _____

Kontakta alltid Sjuksköterska innan läkemedel får ges

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.

