Blankett för borttagna narkotikaklassade läkemedelsplåster.

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn:**  | **Personnummer:** |
| **Läkemedel:** |
| **Datum/signatur:** | **Datum/signatur:**  |
| **Datum/signatur:** | **Datum/signatur:** |
| **Datum/signatur:** | **Datum/signatur:** |
| **Datum/signatur:** | **Datum/signatur:** |
| *Blankett kontrolleras av behörig legitimerad personal (sjuksköterska eller farmaceut) innan kassation och dokumentation i journal.* |