



Socialförvaltningen
Annicka Pantzar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

SIGNERINGS-LISTA VID BEHOVSMEDICIN

Enhet _____

Namn på boende _____

Personnummer _____

Vid behovsmediciner kan överlämnas till boende efter kontakt med sjuksköterska

LÄKEMEDEL _____

*Vid behovsmediciner kan överlämnas till boende utan kontakt med ansvarig distriktssköterska/
sjuksköterska om annat är överenskommet*

RINGA DISTRIKTSSKÖTERSKA/ SJUKSKÖTERSKA

EJ RINGA DISTRIKTSSKÖTERSKA/ SJUKSKÖTERSKA

LÄKEMEDEL: _____

Orsak/ Indikation/ dos/styrka/ Maxdos/dygn:

Ordinerat av läkare _____

Datum	Klock.	Symtom	Dos/ mängd	Sign.	Resultat efter medicinen	Sign.

