

 VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	Dokumentnamn Mall 21 Kvittens för mottagande och kassation av patientbundna läkemedel		Gäller vid
	Utarbetad av	Godkänd / Fastställd av	Gäller fr o m
Arkiveras 15 år	Namnförtydligande och titel	Namnförtydligande och titel	Sida 1 av 1

Kvittens för mottagande och kassation av patientbundna läkemedel

Nedan angivna privata läkemedel har enligt överenskommelse tagits emot för att kasseras.

Uppgifter på överlämnande part

Patientens namn	Datum för överlämnande:
Namn på person som överlämnat läkemedel	Signatur person som överlämnat läkemedel
Mailadress till person som överlämnat läkemedel	
Telefonnummer till person som överlämnat läkemedel	

Läkemedel som mottagits av vårdenhet för att kasseras

Läkemedelsnamn och beredningsform	Styrka	Mängd

Ovanstående läkemedel har kasserats enligt sjukhusets fastställda rutiner:

För kassation av narkotikaklassade läkemedel krävs dubbelsignatur

Vårdenhet och datum	
Signatur 1	Signatur 2