

Vid frågor, kontakta Dos Kundservice:

**Telefon:** 0771-210 210 **E-post:** apodos@apoteket.se**Fax:** 018-501 135 **Adress:** Dos Kundservice,  
Box 3001, 169 56 Solna

<input type="checkbox"/> Ny dospatient	<input type="checkbox"/> Ändrade patientuppgifter
--	---

**Personuppgifter**

För och efternamn	Personnummer
-------------------	--------------

**LÄKARE SOM INHÄMTAT DOSSAMTYCKE**

För och efternamn	Förskrivarkod	Arbetsplatskod
-------------------	---------------	----------------

**BOENDEFORM**

Kund/Enhet (se packlista från dosapoteket)	Eventuell avdelning	Platsnummer
Ansvarig sjuksköterska/kontaktperson, för och efternamn		Telefon (även riktnr.)
Fullständig adress	Fax (även riktnr.)	

**Vid ordinärt boende ange även här**

Fullständig adress		
Telefon (även riktnr.)	Fax (även riktnr.)	Apotek där ApoDos önskas hämtas

**Vårdande enhet**

Eventuell ansvarig förskrivare, för och efternamn	Telefon (även riktnr.)
Vårdande enhet (t.ex. husläkarmottagning eller avdelning på sjukhus)	Arbetsplatskod

**Följesedel**

<input type="checkbox"/> Följesedel (specifikation över dispenserade läkemedel) önskas. Bifogas ordinarie leveranser.
---

**Önskad startdag för första dos**

--

**Ordination via**

<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Pascal
------------------------------	---------------------------------

**Uppgiftslämnare**

Namn	Telefon (även riktnr.)	Fax (även riktnr.)
------	------------------------	--------------------

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Uppgiftslämnarens namnteckning