

Kund/Dosmottagare

Namn	Platsnummer (om känd)	Landsting
------	-----------------------	-----------

Personuppgifter

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

Felbeskrivning

Felet avser	Intagningsdatum	Doseringstillfälle/Klockslag	Dispenseringsdatum (se påse/dosrecept)
☐ Dosrecept ☐ Påse			
☐ Originalförpackning	☐ Utebliven/försenad leverans, antal timmar	☐ Tjänst/Övrigt	
Beskrivning av felet (kompletteras om möjligt med kopia av aktuellt dosrecept)			
Vem upptäckte felet, när och hur?			

Vidtagna åtgärder

Gentemot patient
Eventuell läkarkontakt

Återkoppling om åtgärd från Apoteket

Fylls i av Apoteket

Uppgiftslämnare

Namn	Telefon (även riktnummer)	Fax (även riktnummer)
------	---------------------------	-----------------------

Underskrift

(Datum)

(Uppgiftslämnarens namnteckning)

Returnera om möjligt de felaktiga doserna.
Använd under tiden en annan påse/avdelad dos
med motsvarande innehåll från slutet av perioden.
Beställ ersättningsdoser.