

**Överenskommelse mellan enskild utfärdare och apotek avseende
faxöverförda recept**

Undertecknad förskrivare kommer att från nedan angivet faxnummer överföra recept till nedan nämnda apotek. Jag ansvarar för att samtliga i mitt namn översända faxrecept från det angivna faxnumret, gäller som originalrecept och att dessa utfärdas i enlighet med av Läkemedelsverket utfärdade föreskrifter om faxrecept.

Recept som överförs till apotek via fax ska vara försett med arbetsplatskod. Recept för särskilda läkemedel ska utöver arbetsplatskod även påföras förskrivarkod. Koderna ska vara maskinellt läsbara efter faxöverföring.

Förskrivare

Yrke	
Förnamn	Efternamn
Utdelningsadress	
Postnummer	Ortnamn
Telefonnummer (även riktnr)	Faxnummer (även riktnr)

Underskrift.....
Ort och datum.....
Namnteckning**Apotek**

Namn	
Utdelningsadress	
Postnummer	Ortnamn
Telefonnummer (även riktnr)	Faxnummer (även riktnr)

Jag bekräftar mottagandet.....
Ort och datum.....
Namnteckning av apoteksområdeschef.....
Namnförtydligande