

Gäller endast Region Halland

Leveransuppgifter

Sjukhus	Kundnummer
Vårdenhet	Telefon
Debiteras (om annan än beställande enhet)	Beställningsdatum:
	*Önskat leveransdatum:
Stående beställning	Leveransintervall: Fr.o.m: T.o.m.:

Patientuppgifter (vid patientbunden beredning)

Personnummer	Namn
--------------	------

Läkemedelsuppgifter

Läkemedel, ev. infusionsvätska, ev dosering	Dos eller koncentration
Administreringssätt	Volym/förpackning
IV Subkutant Intratekalt Epiduralt	Antal förpackningar
Intramuskulärt Annat:	
Beredningstyp	
Infusionspåse	
Kassett (CADD)	
Elastomerisk pump	Ange ambulatoriskt system: Easypump Folfusor Infusor Intermate
	Infusionstid: Infusionshastighet:
Spruta	
TPN Tillsats	TPN Grund Komposition bifogas separat
Annat:	

Ordinerande läkare:

Namnförtydligande:

Övrig information (t.ex. behandlingsstart, doseringsintervall):

*Ledtider: Enligt avtal

Underskrift av behörig beställare

Datum Namnteckning Namnförtydligande Yrkestitel