

Vid frågor, kontakta Dos Kundservice:

Telefon: 0771-450 450 **E-post:** apodos@apoteket.se

Fax: 018-501 135 **Adress:** Dos Kundservice,
Box 3001, 169 56 Solna

☐ Ny dospatient	☐ 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

☐ Följesedel (specifikation över dispenserade läkemedel) önskas. Bifogas ordinarie leveranser.

Önskad startdag för första dos

--

Ordination via

☐ Fax	☐ Pascal
------------------------------	---------------------------------

Uppgiftslämnare

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

Datum

Uppgiftslämnarens namnteckning