



Tel: 019-602 35 04

Fax: 019-602 35 10

Rörpost: 700

Rekvisition övrig extempore

Beställande avdelning	Patient (födelsedatum och namn) <input type="checkbox"/> Recept finns		
Betalande avdelning om annan än beställande			
Sjukhus <input type="checkbox"/> Örebro <input type="checkbox"/> Lindesberg <input type="checkbox"/> Karlskoga	Önskat leveransdatum	Tid	<input type="checkbox"/> Skickas med transport <input type="checkbox"/> Hämtas
Telefon / Fax	<input type="checkbox"/> Akut Ska föregås av telefonsamtal		
Om stående leverans önskas fylls denna rutan i. <input type="checkbox"/> Stående leverans Veckodag: Startdatum: Slutdatum: (max 1 år)			

Substans	Styrka
Administreringssätt (t.ex. iv, sc, epiduralt)	Antal
Volym och vätskaml <input type="checkbox"/> natriumklorid 9 mg/ml <input type="checkbox"/> glukos 50 mg/ml	
Övrigt 	

Behörig förskrivare: Namn (textas)		
Datum:	Behörig beställare: Namnteckning	Namnförtydligande

Kvittens vid avhämtning: Namn och datum
