



Remiss till farmaceut för läkemedelsgenomgång

Patient, namn och personnummer:	
Vårdcentral:	
Remitterande läkare:	Telefon:
JA/NEJ Symtomskattning (PHASE-20) bifogas	
JA/NEJ Ortostatiskt test bifogas	
JA/NEJ Patienten samtycker till att vid behov bli kontaktad av farmaceut för läkemedelsavstämning	

Som en del i läkemedelsgenomgången kan farmaceuten som utfört genomgången komma att kontakta remitterande läkare i kvalitetssäkringssyfte.

Skickas till:

**Läkemedelscentrum
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro**

Märk kuvertet "Läkemedelsgenomgång".

Vid frågor kontakta klinisk apotekare må-fre kl 8-16 via Läkemedelscentrum på telefon 23512.
Alternativt via funktionsbrevlåda lakemedelscentrum@regionorebrolan.se