

## Remiss till apotekare för läkemedelsgenomgång

Patient, namn och personnummer:	
Vårdcentral:	
Remitterande läkare:	Telefon:
<input type="checkbox"/> Symtomskattning (PHASE-20) bifogas	
<input type="checkbox"/> Ortostatiskt test bifogas	

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](mailto:lakemedelscentrum@regionorebrolan.se)