Vård- och omsorgsförvaltningen 20170314

Kontroll av narkotikaklassade läkemedel

Namn_____

Personnr_____-_____Datum _____

Läkemedel/styrka_____

Datum	Tillfört/delat antal läkemedel av ssk	Kasserat antal läkemedel av ssk	Uttag av Läkemedel antal	Behållning Läkemedel antal	Sign