

Sterilbeställning ögonberedning

* Uppgifter måste anges på beställningen

Beställande avdelning och sjukhus*		Patient (födelsedatum och namn)		Receipt finns <input type="checkbox"/>	
.....		
GLN-kod Kostnadsställe*		Önskat leveransdatum*		Tid	
.....		
GLN-kod Leveransadress (om leveransadress skiljer sig från kostnadsstället)		
Telefon*		<input type="checkbox"/> Express Ska föregås av telefonsamtal. Ev. bud bekostas avdelningen.			
.....					
Om Abonnemang önskas fylls denna rutan i. Obs abonnemang måste vara regelbundna och inte vid behov.					
<input type="checkbox"/> Abonnemang Varje Startdatum: Slutdatum: (max 1 år)					

Komposition*	Admin.sätt*	Volym*	Spruta (Antal)	Flaska (Antal)	Ögondrops- flaska (Antal)
Övrigt					

Behörig förskrivare: Namn*		
Behörig beställare: Namnteckning*	Datum*	Namnförtydligande*