

Kund/Dosmottagare

Namn	Kundnummer (om känd)	Landsting
------	----------------------	-----------

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
--------------------	--------------

Felbeskrivning

Felet avser <input type="checkbox"/> Dosrecept <input type="checkbox"/> Påse	Intagningsdatum	Doseringstillfälle/Klockslag	Dispenseringsdatum (se påse/dosrecept)
<input type="checkbox"/> Originalförpackning <input type="checkbox"/> Utebliven/försenad leverans, antal timmar	<input type="checkbox"/> Tjänst/Övrigt		
Beskrivning av felet (kompletteras om möjligt med kopia av aktuellt dosrecept)			
Vem upptäckte felet, när och hur?			

Vidtagna åtgärder

Gentemot patient
Eventuell läkarkontakt
Övrigt

Uppgiftslämnare

Namn	Telefon (även riktnummer)	Fax (även riktnummer)
------	---------------------------	-----------------------

Underskrift

.....
(Datum)

.....
(Uppgiftslämnarens namnteckning)

Returnera om möjligt de felaktiga doserna.
 Använd under tiden en annan påse/avdelad dos
 med motsvarande innehåll från slutet av perioden.
 Beställ ersättningsdoser.