

KVITTERINGSLISTE

RETUR AV LEGEMIDLER I GRUPPE A og B TIL FORBRENNING

Følgende informasjon må utfylles om dere ønsker signert kvittering i retur!

KUNDENR: _____ FRA: _____ (NAVN PÅ INSTITUSJON) AVD: _____

FAKSNR: _____

Returdato	Varenr	Legemiddel (navn, styrke og form)	Antall pakninger	Retur kontrollert av (Sign av 2 sykepleiere eller vernepleiere)	Når pakninger er åpnet, må det angis antall f.eks tabletter, ampuller, plaster	Retur mottatt Dato og sign

Kvitteringslisten legges løst i grønn kasse på toppen av legemidlene som skal returneres!