

**Blankett för borttagna/kasserade narkotiska läkemedelsplåster**

Patient	Personnummer
Läkemedel	Enhet

Datum	Signatur	Datum	Signatur	Datum	Signatur
Datum	Signatur	Datum	Signatur	Datum	Signatur
Datum	Signatur	Datum	Signatur	Datum	Signatur

Blanketten lämnas i sin helhet till Apoteket för kassaktion.