

Gäller endast Region Gävleborg**Leveransuppgifter**

Sjukhus	Kundnummer		
Vårdenhet	Telefon		
Debiteras (om annan än beställande enhet)	Beställningsdatum: _____		
	*Önskat leveransdatum: _____		
Stående beställning	Leveransintervall: _____	Fr.o.m: _____	T.o.m.: _____

Patientuppgifter (vid patientbunden beredning)

Personnummer	Namn
--------------	------

Läkemedelsuppgifter

Läkemedel, ev. infusionsvätska, ev dosering	Dos eller koncentration
Administreringsätt	Volym/förpackning
IV Subkutant Intratekalt Epiduralt	
Intramuskulärt Annat: _____	Antal förpackningar _____
Beredningstyp	
Infusionspåse	
Kassett (CADD)	Förlängningsslang 152 cm
Elastomerisk pump	Ange ambulatoriskt system: Intermate Homepump
	Infusionstid: _____ Infusionshastighet: _____
Spruta	
TPN Tillsats	TPN Grund Komposition bifogas separat
Annat:	

Ordinerande läkare: _____

Namnförtydligande: _____

Övrig information (t.ex. behandlingsstart, doseringsintervall):

***Ledtider:** Normalbeställning – beställning skickad före kl 11:00 (vardagar) levereras senast kl 10:00 två vardagar efter beställning.
Akutbeställning –beställning skickad före kl 11:00 (vardagar) levereras senast kl 10:00 vardagen efter beställning.

Underskrift av behörig beställare

Datum _____ Namnteckning _____ Namnförtydligande _____ Yrkestitel _____