



Retur av narkotika

till Apoteket

(Gäller för narkotika enligt förteckning II och III)

Läkemedelsnamn och styrka:

Mängd:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Skickat från avdelning/enhet..... Datum.....

Namnteckning

Mottaget av Apoteket

Datum.....

Namnteckning

Blanketten fylls i av avdelning/enhet och lämnas på Apoteket.....
tillsammans med narkotika som skall returneras. Returer skrivs även in i narkotikajournal.

Vid ankomst till Apoteket kontrolleras narkotikan och mottagandet signeras.
Blanketten returneras till avdelningen/enheten.