

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| | <h1>RECEPT</h1> | Patientens namn och personnummer |
| Föreskrivaren intygar genom signum att villkoren enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. är uppfyllda. Om endast ett läkemedel förskrivs snedsträckas tom ruta. | Gäller 1 år från utfärdandet om inte kortare tid anges här: | Särskilda upplysningar |
| | 1. Läkemedelsnamn | Får inte bytas ut, sign. |
| | Läkemedelsform styrka mängd/behandlingstid | Med startförpackn., sign. |
| | Doserings, användning, ändamål | Med förmån, sign. |
| | | Utan förmån, sign. |
| | | Får expedieras (bokst.) |
| | | gånger |
| | | Exp. intervall (bokst.) |
| | | |
| | 2. Läkemedelsnamn | Får inte bytas ut, sign. |
| Läkemedelsform styrka mängd/behandlingstid | Med startförpackn., sign. | |
| Doserings, användning, ändamål | Med förmån, sign. | |
| | Utan förmån, sign. | |
| | Får expedieras (bokst.) | |
| | gånger | |
| | Exp. intervall (bokst.) | |
| | | |
| Föreskrivarens namn, yrke, telefon, tjänsteställe, föreskrivarkod, arbetsplatskod (obligatorisk för förmån) | | |
| Utfärdandedatum och föreskrivarens namnteckning | | |
| LMS 2002:6 | | |

RECEPT FÖR SÄRSKILDA LÄKEMEDEL

Patientens namn, personnummer och adress

Gäller 1 år från
utfärdandet om inte
kortare tid anges här:

Första uttag måste göras

ID Känd/leg

Förskrivarens sign.

inom månad(er).

Särskilda upplysningar.....

| | | | |
|---|--------------------|-------------------------|--|
| Läkemedelsnamn | | läkemedelsform | |
| styrka (siffror) | styrka (bokstäver) | | |
| mängd (siffror) | mängd (bokstäver) | | Får inte bytas ut, sign. |
| Dosering, användning, ändamål | | Med förmån, sign. | |
| | | Utan förmån, sign. | |
| | | Får expedieras (bokst.) | |
| | | gånger | |
| Exp. intervall (bokst.) | | | |
| Apotekets ID kontroll | Pat. ID | | |
| | Känd/leg | Sign. | (För ytterligare tillfällen använd baksidan) |
| Apotekets ID kontroll | Budets ID | | |
| | personnummer | - | |
| | Känd/leg | Sign. | (För ytterligare tillfällen använd baksidan) |
| Förskrivarens namn, yrke, telefon, tjänsteställe, förskrivarkod, arbetsplatskod (obligatorisk för förmån) | | | |
| Utfärdandedatum och förskrivarens namnteckning | | | |

Förskrivaren intygar genom signum att villkoren enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. är uppfyllda.

UTSKRIFT AV ELEKTRONISKT RECEPT

| | |
|---|--|
| Gäller 1 år från utfärdandet om inte kortare tid anges nedan. | Patientens personnummer och namn/Djurägare |
| | Särskilda upplysningar |
| Läkemedels-/Hjälpmiddels-/Livsmedelsnamn, Läkemedelsform, Styrka | |
| Behandlingstid eller mängd | Förmånstyp |
| Dosering, användning, ändamål | |
| Förskrivarens namn, yrke, adress, telefon, tjänsteställe, förskrivarkod, arbetsplatskod | |
| Namn på apoteket som skrivit ut det elektroniska receptet | Datum |
| Person som skrivit ut det elektroniska receptet (datasignatur + namnteckning) | Giltighet |
| Apotekets noteringar | |

Förskrivaren intygar genom signum att villkoren för förmån enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. eller hälsuvårdslagen (1982:763) är uppfyllda. De rutor som inte används skall snedsträckas.

LVFS 2007:8

HJÄLPMEDELSKORT

Patientens namn och personnummer

Förskrivning av förbrukningsartiklar

- vid stomi
- för att tillföra kroppen läkemedel/egenkontroll av medicinering
- vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens

Gäller ett år från utfärdandet.

Särskilda upplysningar.....

| | | |
|--|---------------------|--------------------------------------|
| 1. Varunr | Varunamn | Med förmån, sign |
| Dygnsbehov | Förpackningsstorlek | Utan förmån, sign |
| | Antal förpackningar | Får expedieras (bokst.)gång |
| 2. Varunr | Varunamn | Med förmån, sign |
| Dygnsbehov | Förpackningsstorlek | Utan förmån, sign |
| | Antal förpackningar | Får expedieras (bokst.)gång |
| 3. Varunr | Varunamn | Med förmån, sign |
| Dygnsbehov | Förpackningsstorlek | Utan förmån, sign |
| | Antal förpackningar | Får expedieras (bokst.)gång |
| 4. Varunr | Varunamn | Med förmån, sign |
| Dygnsbehov | Förpackningsstorlek | Utan förmån, sign |
| | Antal förpackningar | Får expedieras (bokst.)gång |
| Förskrivarens namn, yrke, telefon, tjänsteställe, arbetsplatskod (obligatorisk för förmån, skall vara maskinläsbar vid expediti på apotek) | | |
| Utfärdandedatum och behörig förskrivares namnteckning | | |

LIVSMEDELSANVISNING

Får expedieras under ett år från utfärdandet



Nedanstående livsmedel har förskrivits med stöd av 3 c 5 lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m m.

Patienten kan antas omfattas av sjukförsäkring enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och åtnjuter inte sådan sjukhusvård som avses i nämnda lag.

Patientens namn och födelsedatum

Apotekets ver-nr

| | |
|---------------------------------|----------|
| 1 | Taxering |
| Får expggr (bokstäver) | |
| 2 | |
| Får expggr (bokstäver) | |
| 3 | |
| Får expggr (bokstäver) | |
| 4 | |
| Får expggr (bokstäver) | |

SoSB 37335 Fastställt 1980-08-01

| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| Ort, datum, sjukvårdsinrättning, tfn | Belopp (inkl st bil) | |
| Läkerens namnteckning jämte klartext | Belopp att betalas av Rfv | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| | Kundens andel | |
| Specialistbehörighet i | Överläk/Bitr.överläk på | |
| | <input type="checkbox"/> med klinik <input type="checkbox"/> kir klinik | |

LIC P-42 1980-09

DOSRECEPT
Förskrivning
för dosexpedition

Dosapptek:
Tel:
Fax:



Personnummer:

Namn:
Adress:

Stående, dispenserade läkemedel

| Inlämning Datum, Förskrivare | Får ej bytas | Förmån | Läkemedlets namn, beredningsform och styrka | Dosering, användning och ändamål | Utlämnings Datum, förskrivare | Signatur Akut |
|------------------------------------|-----------------|--------|---|----------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| | | | | | | |

Stående, originalförpackningar

| Inlämning Datum, Förskrivare | Får ej bytas | Förmån | Läkemedlets namn, beredningsform, styrka och antal förpackningar | Dosering, användning och ändamål | Antal utlag Förskrivare | Utlämnings Datum, förskrivare | Signatur Akut |
|------------------------------------|-----------------|--------|--|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------|
| | | | | | | | |

Vid behovsläkemedel

| Inlämning Datum, Förskrivare | Får ej bytas | Förmån | Läkemedlets namn, beredningsform, styrka och antal förpackningar | Dosering, användning och ändamål | Antal utlag Förskrivare | Utlämnings Datum, förskrivare | Signatur Akut |
|------------------------------------|-----------------|--------|--|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------|
| | | | | | | | |

Nya förskrivningar

| Inlämning Datum, Förskrivare | Får ej bytas | Förmån | Typ | Läkemedlets namn, beredningsform och styrka | Storlek | Dosering, användning och ändamål | Antal Förskrivare | Utlämnings Datum, förskrivare | Signatur Akut |
|------------------------------------|-----------------|--------|-----|---|---------|----------------------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------|
| | | | | | | | | | |

Förmånstyp: R = Med förmån; U = Utan förmån

Typ: SD = Stående, dispenserade läkemedel; SO = Stående, originalförpackningar; VB = Vid behovsläkemedel

Antal: Anges för originalförpackningar; för 1 förpackning, 2 utlag

Förskrivning förskrivare

Förskrivare

Adressutvald

Adressutvald

Datum, förskrivarens namn/beskrivning, nödvändigtgående styrka

Förskrivare, arbetsplatskod (obligatorisk för förmån)

Utskriftsdatum:

Status:

Version:

1(1)

Jag har förstått signerade ordstationer

Godkännande, namn/ort och datum.
Namn/reception:

| | | | |
|--|------------------------------|----------------------|---|
| RECEPT FÖR DJUR | Djurägarens namn och adress | | |
| | Särskilda upplysningar | | |
| Gäller 1 år från utfärdandet om inte kortare tid anges här: | | | |
| 1. Läkemedelsnamn | | | |
| läkemedelsform | styrka | mängd/behandlingstid | Djurslag |
| Dosering, användning, ändamål | | | Djurets identitet |
| | | | Får expedieras (bokst.) ggr Exp. intervall (bokst.) |
| Karenstid i dygn efter sista behandling för | | | |
| honung | mjök | slakt | ägg |
| 2. Läkemedelsnamn | | | |
| läkemedelsform | styrka | mängd/behandlingstid | Djurslag |
| Dosering, användning, ändamål | | | Djurets identitet |
| | | | Får expedieras (bokst.) ggr Exp. intervall (bokst.) |
| Karenstid i dygn efter sista behandling för | | | |
| honung | mjök | slakt | ägg |
| Förskrivarens namn, yrke, telefon, tjänsteställe, adress | | | |
| Utfärdandedatum och förskrivarens namnteckning | | | |

Om endast ett läkemedel förskrivs snedstreckas tom ruta.