apoteket

AVVIKELSEANMÄLAN ApoDos

Vid frågor, kontakta apotekets kundservice:
Telefon: 0771-210 210 E-post: apodos@apoteket.se

Kund/Dosmottagare

Namn	Kundnummer (om känd)	Landsting

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer

Felbeskrivning

Felet avser

☐ Dosrecept ☐ Påse

Intagningsdatum .....

Doseringstillfälle/Klockslag .....

Dispenseringsdatum (se påse/dosrecept) .....

☐ Originalförpackning ☐ Utebliven/försenad leverans, antal timmar ☐ Tjänst/Övrigt

Beskrivning av felet (kompletteras om möjligt med kopia av aktuellt dosrecept)

Vem upptäckte felet, när och hur?

Vidtagna åtgärder

Gentemot patient

Eventuell läkarkontakt

Övrigt

Uppgiftslämnare

Namn	Telefon (även riktnummer)	Fax (även riktnummer)

Underskrift

.....
(Datum)

.....
(Uppgiftslämnarens namnteckning)

Returnera om möjligt de felaktiga doserna.
Använd under tiden en annan påse/avdelad dos
med motsvarande innehåll från slutet av perioden.
Beställ ersättningsdoser.

Skriv ut Ny blankett

AB 9141-7A Juni 2014 © Apoteket AB