



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Läkemedel och Farmaci
Läkemedelsförsörjningen

Köp av Hemostatika från Blodcentralen

Datum: _____

Kostnadsställe/Ansvar:	Köpande enhet namn:
Personnummer patient:	Namn patient:

OBS: Gäller köp av hel förpackning

Varunummer	Antal	Läkemedelsnamn, Beredningsform	Styrka	Förp. storlek
Underskrift behörig beställare			Namnförtydligande, befattning	

Följande fylls i av Blodcentralen:

Datum för genomförd debitering: _____

Signum: _____