

## Läkemedelsförsörjning - **Avanmälan läkemedelsbeställare**

### Beställarens uppgifter

|        |  |
|--------|--|
| Namn   | HSA-id<br>(ange de fyra sista tecknen) |
| E-post |  |

Ovanstående beställares ansvar för att beställa läkemedel ska upphöra för leveransadress (=vårdenhet) angiven nedan

### Organisationsnivå

|   |
|---|
| <b>Vårdenhet</b><br>(t.ex avd, mott)                                  |
| <b>Vårdenhet</b><br>(om beställaren varit behörig till flera enheter) |
| <b>Vårdenhet</b><br>(om beställaren varit behörig till flera enheter) |

### Avanmälan av läkemedelsbeställare:

|  |  |
|--|--|
| Behörigheten för ovanstående beställare ska upphöra från (datum) |  |
|--|--|

Fastställs av verksamhetschef, eller av vårdenhetschef med överlåtet ansvar från verksamhetschef att utse läkemedelsbeställare, alternativt av kommunens MAS (gäller Akut- och buffertförråd samt korttidsförråd)

Datum, Namnteckning

Namnförtydligande

☐

Verksamhetschef eller vårdenhetschef med överlåtet ansvar från verksamhetschef att utse läkemedelsbeställare

☐

Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen (för Akut- och buffertförråd och korttidsförråd)

Ifylld, undertecknad blankett skickas till **Läkemedelsförsörjningen, Läkemedelscentrum, Mälarsjukhuset, 631 88 Eskilstuna.**

OBS TVÅ SIDOR!

Nedanstående fylls i av Läkemedelscentrum:

|                               |
|-------------------------------|
| Kontroll av lämnade uppgifter |
| Datum, namn                   |