Varbergs kommun
SOCIALFÖRVALTNING

Kontrollista för överlämnade ”Vid behovsmediciner”

Personnummer: ……... År: …….

Namn: …….. Månad: ……

Dag	Kl.	Beredningsform, Läkemedel, Styrka, Adm.sätt	Antal/ Mängd	Sign	Kontaktat SSK eller enligt överens-kommelse?	Resultat	Sign
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	
						God ☐ Måttlig ☐ Ingen ☐	