

Sjukhus		GLN/Kundnummer	
Vårdenhet	Telefon	Ansvar/Kostnadsställe	
Beställningsdatum:		Önskad leverans - Datum och klockslag:	
		Express - föregås av telefonsamtal	
Stående beställning*	Leveransdag:	Fr.o.m.:	T.o.m.:
Patientuppgifter			
Personnummer		Namn	

Läkemedelsuppgifter

Kompositioner		Volym	Antal
EVALAC 5%		250 ml	
EVALAC 5%	Elektrolytfri	250 ml	
EVALAC PRETERM 6%		250 ml	
EVALAC PRETERM 6%	Elektrolytfri	250 ml	
EVALAC 10%	Utan kalcium	250 ml	
EVALAC 10%	Elektrolytfri	250 ml	
EVALAC PRETERM 12%	Utan kalcium	250 ml	
EVALAC PRETERM 12%	Elektrolytfri	250 ml	

TPN Tillsats	TPN Grund	Komposition bifogas separat
--------------	-----------	-----------------------------

Ordinerande läkare

Namn: _____ RSID: _____

Underskrift av behörig beställare

Datum _____ Namnteckning _____ Namnförtydligande _____ RSID _____