



Blankett för receptförnyelse

Datum 2010

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Min familjeläkare: _____

Frikort nr _____ giltigt t.o.m. _____

Mediciner har både verkningar, biverkningar och interaktioner (oönskade blandeffekter med andra mediciner) Det är av största vikt att läkaren får veta vilka mediciner Du **faktiskt** tar dagligen och vid behov. Notera alla mediciner Du tar och markera de mediciner Du vill ha förnyade med ett kryss. Recept finns att hämta om ca 1 vecka på Apoteket, om inget hinder föreligger.

| Läkemedel | Styrka | När tar du medicinen? (dosering) | Förnyelse |
|-----------------|--------|----------------------------------|-----------|
| Exempel Alvedon | 500 mg | 1 tablett 3 gånger dagligen | x |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |

Namn: _____

Personnummer: _____

| Läkemedel | Styrka | När tar du medicinen? (dosering) | Förnyelse |
|-----------------|--------|----------------------------------|-----------|
| Exempel Alvedon | 500 mg | 1 tablett 3 gånger dagligen | x |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| ----- | ----- | ----- | ----- |

Blanketten kan skickas via post, faxas 0533-10356 eller lämnas på Svea Vårdcentral

Adress: Svea Vårdcentral Sundsgatan 1 B, 661 40 Säffle