

Bilaga Anmälan och förändring av behörighet beställning av läkemedel i kommunala läkemedelsförråd

Bilaga till Rutin [Beställning och hantering av läkemedel i kommunala läkemedelsförråd](#)

- Anmälan - NY beställare

 Avanmälan - TJÄNSTGÖRING UPPHÖR
 Anmälan byte av arbetsplats

Beställares namn		
Beställares e-postadress:		
Kommunalt förråd*:		
Eventuell tidsbegränsad behörighet:	Fr.o.m. datum:	Till datum:

**Behörighet tilldelas per enskilt förråd, ej endast till systemet. Ange därför vilket/vilka förråd som sjuksköterskan ska ha inloggning till.*

Endast legitimerad sjuksköterska kan anmälas som behörig beställare till kommunalt läkemedelsförråd. Blanketten skickas till Läkemedelsenheten hsh.lakemedelsenheten@regionhalland.se för registrering och arkivering. Läkemedelsenheten skickar bekräftelse med inloggningsuppgifter till registrerad beställare via e-post.

Datum:

Enhetschef *alternativt* Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS):

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

Fylls i av Läkemedelsenheten:

Användarnamn:.....

Signatur:.....

Tillfälligt lösenord:.....

Användaren är meddelad per e-post: Sign:.....Datum:.....

Uppdaterat från föregående version

2024-10-30

Ifyllningsbar pdf.

Uppdaterat länk. Ersätter 2018-11-20.