



Region
Västernorrland

Hälso/-vårdcentral
Postadress
Kontaktuppgifter

Önskemål om förnyelse av recept

Namn: _____

Personnummer (ÅÅMMDDnnnn): _____

Telefonnummer: _____

Läkemedel (ex Alvedon)	Styrka (ex 500 mg)	Dosering (ex en tablett morgon och kväll)

- Om läkaren bedömer att ditt recept kan förnyas finns receptet på valfritt apotek inom fem vardagar. Var uppmärksam på att apotek inte har alla mediciner i lager, du kan behöva kontakta ditt apotek.
- Med din underskrift godkänner du att din läkare får ta del av läkemedelsförteckningen som visar vilka mediciner du hämtat ut på apotek de senaste 15 månaderna.
- Utan din underskrift förnyas inte recept.
- Skriv eventuella kommentarer på baksidan av pappret.

Underskrift

Datum