

LIVSMEDELS- ANVISNING

Patientens namn och personnummer

Gäller 1 år från utfärdandet
om inte kortare tid anges här:

Särskilda uppgifter

1. Produktnamn, företag och varu-/artikelnummer

Nutramigen 1 LGG, 400 g

Artikelnummer 21 07 61

Smak

Mängd

Smak

Mängd

Smak

Mängd

Total mängd

x 400 g

Får expedieras (bokst.)

..... ggr

2. Produktnamn, företag och varu-/artikelnummer

Nutramigen 2 LGG, 400 g

Artikelnummer 21 07 60

Smak

Mängd

Smak

Mängd

Smak

Mängd

To Totalt

x 400 g

Får expedieras (bokst.)

..... ggr

3. Produktnamn, företag och varu-/artikelnummer

Smak

Mängd

Smak

Mängd

Smak

Mängd

To Totalt

Får expedieras (bokst.)

..... ggr

Förskrivarens namn, specialitet/yrke, telefon och tjänsteställe (obligatoriska uppgifter) samt arbetsplats och förskrivarort

Utfärdandedatum och förskrivarens namnteckning

Förskrivaren intygar genom signum att villkoren enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. är uppfyllta.
Om färre än tre livsmedel förskrivs snedstreckas tomma rutor.