



VARBERGS
KOMMUN

Kasserade narkotikaklassade läkemedelsplåster

Namn: _____

Personnummer: _____

Förvara pappret i en plastficka. Skriv datum samt signatur och klistra upp det kasserade plåstret i rutan på pappret.
Sjuksköterska ska kassera förbrukade plåster i samband med kontrollräkning.

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____

Datum/signatur: _____