Medicinlista

Namn:
Personnr:
Telefonnummer:

Var vänlig och fyll i de läkemedel (inkl. hälsokostpreparat etc.) du äter, vilken styrka de har, hur mycket/många du tar och hur ofta du tar dem. Mediciner som du tar vid behov fylls också i, samt hur ofta du tar dem.

Läkemedel	Styrka	Dosering

Röker du? Nej ☐ Ja ☐ Om Ja, Antal cigaretter/dag_____

Snusar du? Nej ☐ Ja ☐ Om Ja, Hur mycket?_____

Längd _____ Vikt _____

Ange ev. allergier_____