

## Förskrivning av läkemedelsnära produkter till asylsökande, utomlänspatient och utan tillstånd

Ansökningsdatum

Ange produktområde

---

### Patientens uppgifter

Patientens namn

Patientens personnummer

Patientens LMA-nummer

(Endast asylsökande)

C/o namn

Adress

Postnummer och ort

Telefon/mobil

---

### Förskrivarens uppgifter

Förskrivarens namn

Arbetsplats

E-post

Tele/mobil

Faxnummer

Förskrivande kundnummer

Anv. namn i Sesam LMN

---

### Chefens uppgifter

Chefens namn

E-post

Telefon/mobil

---

Fyll i blanketten. Skriv ut och skriv under.

Faxa blanketten till Skövdedepån **0500 - 43 79 01**

Frågor till kundtjänst **010 - 441 31 99**