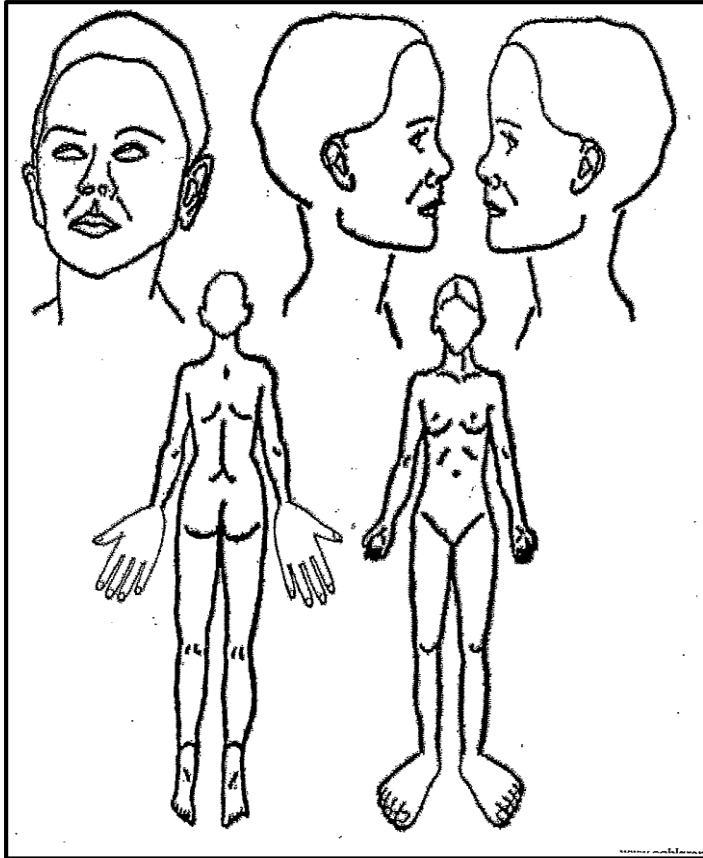


Buckyordination

Diagnos + diagnoskod: _____

Lokalisation: _____



Datum: _____

Ordinerande läkare
(specialistbedömning krävs):

Antal behandlingar: _____

Antal Gy/gång: _____

Kon-storlek (ifylles vid behov av
behandlande personal): _____

"Buckykort" (ifylles av behandlande personal)

	Datum	Dos (Gy)	Signatur
Behandling 1:	_____	_____	_____
Behandling 2:	_____	_____	_____
Behandling 3:	_____	_____	_____
Behandling 4:	_____	_____	_____
Behandling 5:	_____	_____	_____
Behandling 6:	_____	_____	_____