

# REGISTRERINGSSKJEMA FOR UTFØRT INHALASJONSVEILEDNING

Registreringen på dette skjemaet skal utføres i oppstartsperioden. Apotek som har FarmaPro v.5.14b eller nyere skal benytte elektronisk registrering fra 15.april 2016.

## Pasient

Fødselsnr:             Kjønn:  K  M

Fornavn:  Etternavn:

Kommune:

(D-nummer kan erstatte fødselsnummer. Dersom pasienten mangler fødselsnummer og D-nummer, registreres fødselsdato, kjønn, fullt navn og bostedskommune).

## Tjenestefarmasøyt

Fornavn:  Etternavn:

HPR-nr:

## Veiledning initiert av (sett kryss og fyll ut for riktig alternativ)

PASIENT    APOTEK    LEGE   Legens HPR-nr:

Tjenestefarmasøyten har utført Inhalasjonsveiledning i henhold til standard:

Dato:  Tjenestefarmasøytens signatur:

Jeg har mottatt Inhalasjonsveiledning:

Pasientens signatur: