

Mina mediciner

Namn:	Överkänslighet/Allergi mot läkemedel:
Personnummer:	Telefonnummer:

Fyll i samtliga mediciner som du tar. Även sådana som du bara tar vid behov, ögondroppar, inhalationer, receptfria läkemedel, naturläkemedel, krämer, injektioner och vitaminer.

[illegible]