

Namn: _____

Ansvarig läkare: _____

Inför din årskontroll vill vi att du förbereder dig genom att gå igenom dina läkemedel och fylla i tabellen nedan med aktuella ordinationer. Notera gärna om du har några frågor gällande dina läkemedel. Ta med lappen till besöket hos läkaren.

[illegible]

[illegible]