

FORMULÄR FÖR ISOTRETINOIN-PATIENT (MAN)

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer:

Ort:

Min doktors namn:

Jag har fått fullständig information om Isotretinoin.

Jag förbinder mig att inte lämna ut Isotretinoin till vänner, släktingar eller någon annan person.

Ort/datum:

Patientens underskrift:

Originallet scannas in i journalen, kopia till patienten