



STAFFANSTORPS
KOMMUN

Kassering av Smärtplåster

Patientens namn..... Person nr.....

Avlägsnad datum.....sign.....	Avlägsnad datum.....sign.....
Avlägsnad datum.....sign.....	Avlägsnad datum.....sign.....
Avlägsnad datum.....sign.....	Avlägsnad datum.....sign.....

Lämnas till sjuksköterskan för kassering.