

<b>Uppgifter om läkemedelspreparatet</b>	Läkemedelspreparatets namn	
	Styrka	Aktiv substans
	Antal i siffror (för högst ett års behandling)	Läkemedelsform
	Tillverkare	
	Innehavare av försäljningstillstånd	
	Importör	Läkemedelspartiaffär
<b>Användare</b>	Patientens namn eller användningsort	
	Födelseår	Dosering i läkemedelsreceptet
<b>Särskilda sjukvårdsrelaterade orsaker</b>	Indikation	
	Motivering till användningen samt orsaken till att inget preparat med försäljningstillstånd kan användas	
	Störning i tillgången till motsvarande preparat med försäljningstillstånd Handelsnamn	Tidpunkt/uppskattad varaktighet
<b>Läkare Tandläkare</b>	<input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> MK (medicine kandidat)	
	sv-nummer	Specialitet
	Datum	Underskrift och namnförtydligande
<b>Bilagor</b>	<input type="checkbox"/> Bilagor    st. <input type="checkbox"/> Inga bilagor	
<b>Överlåtare av konsumtion (lämnar in ansökan till Fimea)</b>	Apotek, filialapotek, sjukhusapotek, läkemedelspartiaffärer eller läkemedelsfabriker	
	Telefon	Faxnummer (vid användning)
	E-postadress	
	Datum	Underskrift och namnförtydligande
<b>Myndigheten</b>	<input type="checkbox"/> Begäran om tilläggsutredning <input type="checkbox"/> Jag tillstyrker <input type="checkbox"/> Jag tillstyrker inte	