

Godkänt: 2024-03-21  
Giltigt t.o.m: 2027-03-21

Ver.nr: 5.0  
Dnr:

## Regionsubvention spolvätskor

---

**Förskrivare:** Läkare eller annan behörig förskrivare i Dalarna

**Patient:** Ex CAPD, sår  
Mantalsskriven i Dalarna

**Preparat:** Spolvätskor (handelsvara) som inte ingår i läkemedelsförmånen  
100% bidrag

**Uppgifter på recept:** **Spolvätskor, faktureras Region Dalarna**

**Arbetsplatskod:** ska alltid anges

**Fakturaadress:**

Region Dalarna  
Kst 27813  
Box 398 RD1010  
737 26 Fagersta  
E-post: FA.2321000180@cogidocs.net

**Uppgifter på faktura:** Fakturan ska minst innehålla:

- Information om expedierat preparat inklusive preparatnamn, förpackningsstorlek, pris per förpackning samt antal expedierade förpackningar
- Information om förskrivare inklusive namn och arbetsplatskod
- Namn på expedierande apotek
- Datum för expedition