**Allergenlista vid kostbeställning**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Obligatoriska uppgifter:** | |
|  |  |
| **Avdelning:** | |
| **Beställare:** | |
| **Tel:** |  |
| **Patientnamn:** | |
|  |  |
| **Allergener och intoleranser:** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Skickas till:** | |
| **Växjö mail:** ckok1.sf@kronoberg.se | |
| **Växjö fax:** 7746 |  |
| **Ljungby fax:** 5555 |  |