

Godkänt: 2021-04-06  
Giltigt t.o.m: 2024-04-06

Ver.nr: 4.0  
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

2021-03-31 Läkemedelsavdelningen, Region Dalarna, [lakemedel.dalarna@regiondalarna.se](mailto:lakemedel.dalarna@regiondalarna.se)