

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Personnr: _____ Aktuell inställning: _____

Larmet ska kontrolleras

Dagligen En gång i veckan, dag _____ Annat _____

Ordinerat av: _____ Typ av larm: _____

Installerat av: _____ Datum: _____

Funktionskontroll av larm

Datum	Signatur	Datum	Signatur	Datum	Signatur	Datum	Signatur

Om larmet inte fungerar kolla först på "Råd för lättare felsökning & åtgärds".

