

PRIVOLITEV ZA DAJANJE ZDRAVILA

S podpisom enega od staršev oz. skrbnikov se dovoljuje strokovnemu delavcu, ki ga pooblasti šola, dajanje predpisanega zdravila med prebivanjem učenca v šoli ter vodenje evidence o dajanju zdravila.

Naziv vrtca, enote: _____

Ime in priimek otroka: _____

Datum rojstva: _____

Simptomi/znaki, na katere moramo biti pozorni: _____

Bolezensko stanje: _____

Zdravilo: _____

Odmerek zdravila: _____

Kako damo zdravilo (npr. v usta, na kožo ...): _____

Kdaj damo zdravilo: _____

Datum začetka zdravljenja oz. dajanje zdravila: _____

Datum zaključka zdravljenja oz. dajanje zdravila: _____

Pogostost dajanja zdravila: _____

Ura dajanja zdravila v šoli: _____

Mogoči stranski učinki zdravila: _____

Ime in priimek zdravnika: _____, tel.: _____

Zdravstveni zavod: _____

Kraj in datum: _____ Podpis in žig: _____

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: _____

Telefonska številka: _____

Kraj in datum: _____ Podpis staršev oz. skrbnikov: _____