

PRIVOLITEV ZA DAJANJE ZDRAVILA

S podpisom enega od staršev oz. skrbnikov se dovoljuje strokovnemu delavcu, ki ga pooblasti vrtec, dajanje predpisane zdravila med prebivanjem otroka v vrtcu ob pojavu opredeljenega bolezenskega stanja otroka ter vodenje evidence o dajanju zdravila:

Naziv vrtca: Vrtec Ciciban Sevnica

Naslov: Naselje heroja Maroka 22, 8290 Sevnica

Ime in priimek otroka: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Bolezensko stanje: _____

Simptomi / znaki, na katere moramo biti pozorni: _____

Zdravilo: _____ Odmerek zdravila: _____

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

Kdaj damo zdravilo: _____

Datum začetka zdravljenja: _____ Datum zaključka zdravljenja: _____

Pogostost dajanja zdravila: _____ Ura dajanja zdravila v šoli: _____

Mogoči stranski učinki zdravila:

Ime in priimek zdravnika: _____ Tel. številka: _____

Zdravstveni zavod: _____

Naslov: _____

Kraj in datum: _____

Podpis in žig:

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: _____

Tel. št.: _____

Kraj in datum: _____

Podpis: