

POOBLASTILO ZA DAJANJE ZDRAVILA V VRTCU

S podpisom starši oz. skrbniki pooblaščamo strokovnega delavca, ki ga določi vrtec, za dajanje predpisanega zdravila ob pojavu nujnega stanja v času bivanja v vrtcu ter vodenje evidence o dajanju zdravila v vrtcu.

Naziv vrtca, enote, naslov: _____

IZPOLNI ZDRAVNIK:

Ime in priimek otroka: _____ Datum rojstva: _____

Naslov prebivališča: _____

Bolezensko stanje: _____

Kdaj damo predpisano zdravilo (najpogostejši simptomi/znaki, na katere moramo biti pozorni):

Predpisano zdravilo: _____

Odmerek zdravila: _____

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

Pogostost dajanja odmerka: _____

Mogoči stranski učinki zdravila in kako je treba ukrepati: _____

Ime in priimek zdravnika: _____ Tel. številka: _____

Zdravstveni zavod: _____

Naslov: _____

Kraj in datum: _____ Podpis in žig: _____

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: _____

Naslov: _____ Telefonska številka: _____

Kraj in datum: _____ Podpis: _____