



PRIVOLITEV ZA DAJANJE ZDRAVILA

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

Naziv vrtca, enota: _____

Naslov: _____

Ime in priimek otroka: _____

Datum rojstva: _____

Naslov prebivališča: _____

Bolezensko stanje: _____

Simptomi in znaki na katere moramo biti pozorni: _____

Podatki o zdravilu:

Zdravilo:	_____
Odmerek zdravila:	_____
Kako damo zdravilo:	_____
Datum začetka zdravljenja:	_____
Datum zaključka zdravljenja:	_____
Pogostost dajanja zdravila:	_____
Ura dajanja zdravila v vrtcu:	_____
Možni stranski učinki zdravila:	_____

Ime in priimek zdravnika: _____

Telefonska številka: _____

Zdravstveni zavod: _____

Naslov: _____

Kraj in datum: _____

Podpis : _____

Žig:

Ime in priimek enega izmed staršev oz. skrbnikov: _____

Telefonska številka: _____

Kraj in datum: _____

Podpis: _____
