

### PRIVOLITEV ZA DAJANJE ZDRAVILA

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

Naziv vrtca, skupina: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

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, v črevo, na kožo): \_\_\_\_\_

Kdaj damo zdravilo:

Datum začetka zdravljenja: \_\_\_\_\_ Datum zaključka zdravljenja: \_\_\_\_\_

Pogostost dajanja zdravila: \_\_\_\_\_ Ura dajanja zdravila v vrtcu: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_