SKJEMA FOR UTLEVERING AV MEDISINER FRA GULLUNGEN BARNEHAGE AS:

Barnets navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fødselsdato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Foresattes navn og tlf.nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fastlege/behandlende lege og tlf.nr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gruppe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pedagogisk leder: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Type medisin som skal gis, tidsperiode, dose, hvordan skal medisinen gis:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dato og klokkeslett:** | **Utlevert medisin styrke og mengde:** | **Anmerkning:**  | **Signatur:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |