

SKJEMA FOR MEDISINOVERSIKT

Barnets navn: _____ Født: _____

Barnehage/skole: _____

Avdeling/klasse: _____

Navn på medisin som skal gis:	Tidsperiode (til/fra)	Dose	Styrke og Form*	Opplysninger. Hvordan skal medisinen gis:

Medisinsk tilstand (relevant info om sykdomstilstand, ev symptomer):

Medisinens virkninger og ev. bivirkninger (se individuell avtale for nærmere veiledning):

Eventuelt andre opplysninger:

Kontaktopplysninger for foresatte:

Foresatt 1:

Navn: _____

Tlf. arbeid: _____

Tlf. privat: _____

Lege, navn: _____

Foresatt 2:

Navn: _____

Tlf. arbeid: _____

Tlf. privat: _____

Tlf: _____

Sist oppdatert. Dato/sign foresatte: _____

* Form betyr her om det er tablett, depottablett, inhalasjon mv.