

## PRIVOLITEV ZA DAJANJE ZDRAVILA

**Z evidenco o bolezni in o načinu dajanja predpisanega zdravila ter s podpisom enega od staršev oziroma skrbnikov, se strokovnemu delavcu dovoljuje dajanje predpisanega zdravila med bivanjem otroka v vrtcu ob pojavu opredeljenega bolezenskega stanja otroka.**

Priimek in ime otroka \_\_\_\_\_

Skupina \_\_\_\_\_

Bolezensko stanje: \_\_\_\_\_

Simptomi / znaki, za katere je potrebna pozornost: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zdravilo: \_\_\_\_\_

Odmerek zdravila: \_\_\_\_\_

Na kakšen način otrok dobi zdravilo (nap. v usta, črevo, na kožo): \_\_\_\_\_

Čas in obdobje dajanja zdravila: \_\_\_\_\_

Mogoči stranski učinki zdravila: \_\_\_\_\_

Čez koliko časa lahko pričakujemo izboljšano stanje otroka: \_\_\_\_\_

Označite kaj storiti, če se stanje po predvidenem času ne izboljša:

a. Klic 112

b. Ponovni odmerek zdravila, katerega: \_\_\_\_\_

c. Drugo: \_\_\_\_\_

Ime in priimek otrokovega zdravnika: \_\_\_\_\_

Telefonska številka zdravnika : \_\_\_\_\_

Zdravstveni zavod: \_\_\_\_\_

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: \_\_\_\_\_

Dosegljiva telefonska številka staršev oz. skrbnikov: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis staršev oz. skrbnikov: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_