

Žádost o podávání léků

ŽÁDOST ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE O PODÁVÁNÍ LÉKŮ VE VZDĚLÁVACÍ ORGANIZACI

Číslo/rok žádosti (vyplní vzdělávací organizace):

Zákonný zástupce (příjmení a jméno):

Bydliště:

Žádám, aby mému dítěti (příjmení a jméno).....,
narozenému dne..... byl podán lék (název).....,
formou (podání ústy v tabletě/inhalačním sprejem/injekčně).....,
v době (hodina/při poskytnutí první pomoci).....,
z důvodu (napište onemocnění dítěte)

V.....

Dne

Podpis zákonného zástupce:

SOUČÁSTÍ ŽÁDOSTI JE VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE DÍTĚTE, S DOPORUČENÍM A PŘESNÝM DÁVKOVÁNÍM/PODÁVÁNÍM LÉKU V DOBĚ POBYTU VE VZDĚLÁVACÍM ZAŘÍZENÍ – VIZ. DRUHÁ STRANA ŽÁDOSTI.

BEZ VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE DÍTĚTE NEBUDE ŽÁDOST MOŽNÉ POSODIT!

VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ LÉKAŘE

Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek (postačí razítko lékaře):

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození dítěte:

Účel vydání posudku

Vyjádření/potvrzení pro vzdělávací zařízení o zdravotním stavu dítěte a nutnosti podávané medikace ve vzdělávacím zařízení.

Vyjádření/potvrzení lékaře (diagnóza, medikace, přesný rozpis medikace)