

MEDICINERING SOM EGENVÅRD I SKOLAN

Elevens förnamn	Elevens efternamn
Elevens personnummer	Basgrupp
Elevens lots	Telefon
Ansvarig läkare	Telefon/e-post

Elevens läkemedel (läkemedelsnamn, dosering, tidpunkt, hur läkemedlet ska tas):

Eleven behöver hjälp med:

Hur och var förvaras medicinen:

Varför läkemedlet ska tas. Eventuella symtom att beakta.
Vid akut situation kontakta _____

Denna överenskommelse är upprättad datum _____ och gäller fr.o.m. _____ t.o.m. _____.

Om förändring sker omprövas beslutet och ny blankett upprättas. Om personalen eller vårdnadshavare upptäcker att egenvården inte fungerar ska en omprövning av bedömningen av egenvården göras.

Vårdnadshavares/annan anhörigs telefon dagtid:

Den som hjälper eleven på skolan.

Datum	Vårdnadshavare	Datum	Namn
Datum	Vårdnadshavare	Datum	Namn
Datum	Rektor	Datum	Namn