



Barnets navn:			CPR-nr.		
Uge:	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
	den	den	den	den	den
Kl.					
Kl.					
Kl.					
Ekstra medicin efter behov					
Kl.					
Kl.					
Kl.					



MEDICIN GIVNING TIL BØRN I INSTITUTION

Barnets navn:	CPR-nr.
---------------	---------

Sygdom / Symptomer :

Behandling :

Medicin navn :	
<small>(senest 3 mdr. efter startdato)</small>	
Behandlings periode: Start dato:	Drøftes igen med forældrene dato :
Administrations måde :	
Mixtur :	
Inhalation :	
Andet :	
Dosis :	
Tidspunkt for medicingivning :	
Evt. ekstra medicin :	
Forhold der kræver særlig opmærksomhed:	
Egen læges navn:	Tlf.:

OBS !!!! Medicinen skal altid være i original emballagen. Beholderen skal have let læselig påskrift med barnets navn, medicinens art og dosis.

Medicin bivirkning :

Ovenstående oplysninger er givet af barnets forældre.

Det er forældrenes ansvar at meddele ændringer i aftalen til institutionslederen.

Forældre underskrift : _____ Kontakt-pædagog : _____



Lægeordineret medicin til børn med kroniske sygdomme

1. Giv kun medicin fra original emballagen, hvor beholderen er påført barnets navn, medicinens art og dosis.
2. Kontrollér navn og CPR før medicingivning.
3. Når medicinen er givet signeres i feltet på afkrydsnings blok / skema.
4. Ved ændring i aftalen laves helt ny medicinaftaleseddel og den gamle kasseres.
5. Husk regelmæssigt at kontrollere udløbsdatoen på medicinen og kassér for gammel medicin via apoteket.
6. I tvivlstilfælde kan institutionslederen kontakte forældrene og anmode om instruktion fra lægen.