

EVIDENCA O DAJANJU ZDRAVIL 2024/2025

Skladno s pisno privolitvijo enega od staršev oz. skrbnikov (Privolitev za dajanje zdravila) se dovoljuje strokovnemu delavcu, ki ga pooblasti šola, dajanje predpisanega zdravila med časom, ko je otrok v šoli.

Ime in priimek otroka: _____

Razred: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Bolezensko stanje: _____

Zdravilo: _____

Odmerek zdravila: _____

Kako damo zdravilo?

Datum začetka zdravljenja: _____

Datum zaključka zdravljenja: _____

Pojav stranskega učinka zdravila in opis stranskih učinkov:

Datum in ura dajanja zdravila:

Zap. št.	DATUM	URA	PODPIS POOBLAŠČENE OSEBE
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			

Ime in priimek pooblaščenice osebe: _____

Ime in priimek druge pooblaščenice osebe: _____

Pooblaščenica oseba poskrbi za nova zdravila, v kolikor je to potrebno.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____