SKJEMA FOR MEDISINOVERSIKT (fylles ut av foresatte)

Barnets navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Født: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barnehage/skole: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avdeling/klasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Navn på medisin som skal gis:** | **Tidsperiode (til/fra)** | **Dose** | **Styrke og form** i) | **Opplysninger. Hvordan skal medisinen gis:** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Medisinsk tilstand** (relevant info om sykdomstilstand, ev symptomer):**Medisinens virkninger og ev. bivirkninger** (se individuell avtale for nærmere veiledning): |

|  |
| --- |
| **Eventuelt andre opplysninger:** |

Kontaktopplysninger for foresatte:

Foresatt 1: Navn: ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Foresatt 2: Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tlf. arbeid: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tlf. arbeid: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tlf. privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tlf. privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lege, navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sist oppdatert. Dato/signatur foresatte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

i) Form betyr her om det er tablett, depottablett, mixstur, inhalasjon mv