

MEDIKAMENTOVSRIKT*(fylles ut av foresatte)*

Før										
(barnets/elevens navn)										
Personnummer 11 sifre										

Relevante opplysninger om barnets helse:*(beskriv det selv (**kort!**), eller legg ved opplysninger fra legen)***MEDIKAMENTER PÅ SKOLEN/I BARNEHAGEN**

Fyll ut legemiddelets navn, mengde som skal tas, og klokkeslett.

MEDIKAMENTOVSRIKT (navn, type, styrke, legemiddelform)	Klokkeslett og mengde	Klokkeslett og mengde	Merknader (hva det brukes mot, andre anvisninger. Bruk evt vedlegg)

MEDIKAMENTER HJEMME

Fyll ut legemiddelets navn, mengde som skal tas, og klokkeslett.

MEDIKAMENTOVSRIKT (navn, type, styrke, legemiddelform)	Klokkeslett og mengde	Klokkeslett og mengde	Merknader (hva det brukes mot, andre anvisninger. Bruk evt vedlegg)

Skjemaet er fylt ut av

*(foresattes signatur)**(foresattes signatur)***Kontaktinformasjon:**

Foresatt 1	
Nås på disse telefonnumrene:	
Foresatt 2	
Nås på disse telefonnumrene:	
Fastlegens navn	
Telefon	