



Överenskommelse om utförande av egenvård

| | |
|--------------|-------|
| Skola | Klass |
| Elevens namn | |

| |
|--|
| Behandlande läkare |
| Intyg om egenvård och behandlingsplaner bifogas där följande instruktioner* ska framgå: 1.rätt läkemedel 2.rätt elev 3.rätt dos 4.rätt tidpunkt 5.läkemedel förvaras på lämplig plats |

| |
|--|
| Egenvård som ska utföras och tidperiod |
|--|

Personal som får utföra egenvården

| Namn: | Jag accepterar uppdraget(underskrift), att acceptera uppdraget innebär att förvissa sig om att det är *: |
|-------|--|
| | |
| | |
| | |

Utsedda av

.....
Datum

.....
Underskrift rektor

.....
Namnförtydligande

Jag/vi som vårdnadshavare samtycker till att personal som är involverad i elevens egenvård får ta del av nödvändig medicinsk information om eleven, skolan får ha ett informationsbyte med behandlande läkare kring ovanstående elevs egenvård.

Vårdnadshavare (1)

Vårdnadshavare (2)

| | |
|-----------|-----------|
| Förnamn | Förnamn |
| Efternamn | Efternamn |
| Telefon | Telefon |

.....
Datum

.....
Underskrift (1)

.....
Underskrift (2)

.....
Datum

.....
Underskrift (1)

.....
Underskrift (2)

