

INDIVIDUALNI NAČRT UKREPANJA
OB NUJNEM ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA
S POOBLASTILOM ZA DAJANJE ZDRAVILA V VRTCU

S podpisom starši oz. skrbniki pooblaščamo strokovnega/-e delavca/-e, ki ga/jih določi vrtec, za dajanje predpisane zdravila otroku ob pojavu nujnega stanja v času bivanja v vrtcu ter vodenje evidence o dajanju zdravila v vrtcu:

Naziv vrtca, enote: _____

Naslov: _____

Izpolni zdravnik:

Ime in priimek otroka: _____ **Datum rojstva:** _____

Naslov prebivališča: _____

Bolezensko stanje: _____

Kdaj damo predpisano zdravilo (najpogostejši simptomi/znaki, na katere moramo biti pozorni): _____

Predpisano zdravilo (naziv, moč, oblika): _____

Odmerek zdravila: _____ **Kako damo zdravilo** (npr. v mišico): _____

Pogostost dajanja odmerka: _____

Mogoči stranski učinki zdravila in kako je treba ukrepati: _____

Ime in priimek zdravnika: _____ **Tel. številka:** _____

Zdravstveni zavod: _____

Naslov: _____

Kraj in datum: _____ **Podpis in žig:** _____

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: _____ **Tel. št.:** _____

Naslov: _____

Kraj in datum: _____ **Podpis:** _____

PREKLIC POOBLASTILA ZA DAJANJE ZDRAVILA V VRTCU

S podpisom starši oz. skrbniki preklicujemo pooblastilo strokovnemu/-im delavcu/-em, ki ga/jih določi vrtec, za dajanje predpisanega zdravila otroku ob pojavu nujnega stanja v času bivanja v vrtcu ter vodenje evidence o dajanju zdravila v vrtcu.

Preklic pooblastila začne veljati vključno z dnem: _____

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: _____ Tel. št.: _____

Naslov: _____

Kraj in datum: _____ Podpis: _____