

Barnet/eleven sitt namn: _____ Født: _____

Barnehage/skule: _____

Avdeling/klasse: _____

Namn på medisinen som vert gjeven	Tidsperiode (til/frå)	Dose	Styrke og form ¹	Opplysningar. Korleis skal medisinen gjevast

Medisinsk tilstand (relevant info om sjukdomstistand, ev symptom):**Verknadar av medisinen og ev. biverknader** (sjå individuell avtale for nærare rettleiing):**Eventuelt andre opplysningar:****Kontaktopplysningar for føresette:**

Føresett 1:

Føresett 2:

Namn: _____ Namn: _____

Tlf. arbeid: _____ Tlf arbeid: _____

Tlf. privat: _____ Tlf. privat: _____

Lækjar, namn: _____

Tlf: _____

Sist oppdatert. Dato/sign føresette: _____¹ Form tyder her om det er tablett, depottablett, inhalasjon mv.