



## PRIVOLITEV ZA DAJANJE ZDRAVILA

**Opomba:** Velja samo za zdravila, ki se dajejo zato, da se preprečijo določena bolezenska stanja: božjastni napad, vročinski krč, asmatični napad, anafilaktični šok, inzulinista koma.

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_ **dovoljujem**

Ime in priimek starša

strokovnem delavcu oddelka \_\_\_\_\_, dajanje predpisane zdravila med prebivanjem otroka v vrtcu ob pojavu spodaj opredeljenega bolezenskega stanja otroka, ter vodenje evidence o dajanju zdravila.

### NAVODILA STARŠEV STROKOVNI DELAVKI ZA DAJANJE ZDRAVIL OTROKU

Ime in priimek otroka: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov otrokovega prebivališča: \_\_\_\_\_

Bolezensko stanje otroka, za katerega potrebuje zdravila: \_\_\_\_\_

Simptomi/znaki, na katere moramo biti pozorni (opis): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zdravilo: \_\_\_\_\_ Odmerek zdravila: \_\_\_\_\_

Kako damo zdravilo (npr. usta, črevo, kožo): \_\_\_\_\_

Kdaj damo zdravilo: \_\_\_\_\_

Postopek dajanja zdravil (opis): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pogostost dajanja zdravila: \_\_\_\_\_

Mogoči stranski učinki: \_\_\_\_\_

Datum začetka zdravljenja: \_\_\_\_\_ Datum zaključka zdravljenja: \_\_\_\_\_

Prosimo strokovno delavko, da nas obvesti ob vsakem dajanju zdravila otroku.

**Pooblastilo dajemo na lastno odgovornost in velja do pisnega preklica.**

Starši oz. skrbniki so odgovorni za rok uporabnosti zdravila. Starši morajo pooblaščenemu strokovnemu delavcu predložiti originalno embalažo zdravila z označenim imenom otroka, odmerkom zdravila, načinom dajanja (uživanje sirupa/tbl/kapsule/svečke v črevo..), s trajanjem zdravljenja (datumi) in z opisi najpogostejših stranskih učinkov ali reakcij (vsaj kopija navodili za uporabo zdravila). V primeru, da potuje zdravilo z otrokom domov in v vrtec in je zaradi odsotnosti zdravila lahko ogroženo njegovo življenje (astma, diabetes, hude alergične reakcije, itd.), so starši dolžni poskrbeti, da je zdravilo vedno z otrokom. V primeru, da starši/skrbniki pripeljejo otroka v vrtec brez zdravila, ga strokovni delavec vrta lahko odkloni.

**Ime in priimek otrokovega zdravnika:** \_\_\_\_\_

**Telefonska številka zdravnika:** \_\_\_\_\_

**Zdravstveni zavod:** \_\_\_\_\_

**Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov:** \_\_\_\_\_

**Telefonska številka:** \_\_\_\_\_

**Kraj in datum:** \_\_\_\_\_

Šolska ulica 3  
3313 Polzela

Telefon: (03) 703 31 00

Telefaks: (03) 572 01 35

e – naslov: tajnistvo-

os.polzela1@siol.net

TRR 01373-6030675312

ID za DDV: SI33941688