



ŽÁDOST O PODÁVÁNÍ LÉKŮ V DS

Dětská skupina:

Adresa:

Údaje o dítěti

- Jméno a příjmení dítěte:
- Datum narození dítěte:
- Adresa bydliště dítěte:
- Zdravotní pojišťovna:

Zákonný zástupce č. 1

- Jméno a příjmení:
- Telefon:
- E-mail:

Zákonný zástupce č. 2

- Jméno a příjmení:
- Telefon:
- E-mail:

Specifikace léku

- Název léku:
- Forma léku (mast, tableta, inzulin, inhalátor apod.):.....
- Dávkování:
- Přesný čas / situace podání:

Způsob podání

- Přesný postup podání léku:
.....
.....

Lék může podat

- ☐ vyškolený pracovník dětské skupiny.
☐ jiná osoba:.....

Důvod podání

- Diagnóza / indikace (stručně):

.....
.....

Jedná se o:

- ☐ dlouhodobou léčbu
☐ akutní stav (např. alergie, epileptický záchvat apod.)

Krizový scénář

Postup při zhoršení zdravotního stavu dítěte:

.....
.....
.....

Kdy kontaktovat zdravotnickou záchrannou službu (155):

.....
.....
.....

Prohlášení zákonného zástupce

Prohlašuji, že:

- jsem byl/a poučen/a o režimu dětské skupiny při podávání léčivých přípravků,
- jsem poskytl/a pravdivé a úplné informace o zdravotním stavu dítěte,
- souhlasím s podáním výše uvedeného léku ne-zdravotnickým pracovníkem dětské skupiny,
- beru na vědomí, že pracovníci dětské skupiny nejsou zdravotnickými pracovníky.

Přílohy:

- ☐ lékařská zpráva
☐ doporučení lékaře
☐ jiná příloha:

Platnost žádosti

Žádost je platná od: do:
(např. po dobu školního roku)

V dne

Zákonný zástupce

Za dětskou skupinu (převzetí)

.....

.....

podpis

podpis