

## SKJEMA FOR MEDISINOVERSIKT – GNISTEN BARNEHAGE SA

Barnets navn: \_\_\_\_\_ Født: \_\_\_\_\_

Avdeling: \_\_\_\_\_

Navn på medisin som skal gis:	Tidsperiode (til/fra)	Dose	Styrke og form <sup>1</sup> *	Opplysninger. Hvordan skal medisinen gis:

1\* Form betyr her om det er tablett, depottablett, inhalasjon mv.

**Medisinsk tilstand** (relevant info om sykdomstilstand, ev symptomer):

**Medisinens virkninger og ev. bivirkninger** (se individuell avtale for nærmere veiledning):

**Eventuelt andre opplysninger:**

**Kontaktopplysninger for foresatte:**

Foresatt 1:

Foresatt 2:

Navn: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Tlf. arbeid: \_\_\_\_\_

Tlf. arbeid: \_\_\_\_\_

Tlf. privat: \_\_\_\_\_

Tlf. privat: \_\_\_\_\_

Lege, navn: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Sist oppdatert. Dato/sign foresatte: \_\_\_\_\_