

Överenskommelse om utförande av egenvård

Förskola/skola	Avdelning/klass
Barnets/elevens namn	Personnummer
Behandlande läkare	

Intyg om egenvård och behandlingsplanering bifogas

Egenvård som ska utföras och tidsperiod

Personal som får utföra egenvården	
Namn	Jag accepterar uppdraget (underskrift)*

* Läs mer om vad uppdraget innebär på baksidan

Utsedda av:

_____ Datum Underskrift rektor Namnförtydligande

Jag/vi som vårdnadshavare samtycker till att förskolepersonal/skolpersonal som är involverad i barnets/elevens egenvård får ta del av nödvändig medicinsk information om barnet/eleven.

Jag/vi medger också att förskolan/skolan får ha ett informationsutbyte med behandlande sjukvårdsenhet kring ovanstående barns/elevs egenvård.

Vårdnadshavare (1)	Vårdnadshavare (2)
Förnamn	Förnamn
Efternamn	Efternamn
Telefon dagtid	Telefon dagtid

_____ Datum Underskrift (vårdnadshavare 1) Namnförtydligande

_____ Datum Underskrift (vårdnadshavare 2) Namnförtydligande

Att acceptera uppdraget innebär att förvissa sig om att det är:

- Rätt läkemedel/behandling
- Rätt barn
- Rätt dos
- Rätt tidpunkt
- Att läkemedlet förvaras på lämplig plats utom räckhåll för barn.