

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 förskolechef/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.