

## Överenskommelse om utförande av egenvård

Förskola/skola	Avdelning/klass
Barnet/elevers namn	Personnummer

Behandlande läkare
--------------------

Intyg om egenvård och behandlingsplanering bifogas

Egenvård som ska utföras och tidsperiod
---

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

\*Läs mer om vad uppdraget innebär på nästa sida

Utsedda av:

\_\_\_\_\_ Datum                      \_\_\_\_\_ Underskrift rektor                      \_\_\_\_\_ Namnförtydligande

- Jag/vi som vårdnadshavare samtycker till att skolpersonal som är involverad i barnets/elevers egenvård får ta del av nödvändig medicinsk information om barnet/eleven.
- Jag/vi medger också att skolan får ha informationsutbyte med behandlande sjukvårdsenhet kring ovanstående barns/elevers egenvård.
- Jag/vi samtycker till att barnets/elevers foto och våra kontaktuppgifter finns tillgängligt så all berörd personal kan ta del av informationen.

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

\_\_\_\_\_ Datum                      \_\_\_\_\_ Underskrift (vårdnadshavare 1)                      \_\_\_\_\_ Namnförtydligande

\_\_\_\_\_ Datum                      \_\_\_\_\_ Underskrift (vårdnadshavare 2)                      \_\_\_\_\_ Namnförtydligande



## Överenskommelse om utförande av egenvård

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.

### Information om läkemedlet

**Läkemedelsnamn och dosering**.....

.....

**Varför** det ska tas.....

.....

**Hur** det ska tas.....

.....

**När** ska det tas.....

.....

Vilka åtgärder ska vidtas vid försämring.....

.....

Läkemedlets förvaringsplats på skolan.....

.....