



Rutiner för läkemedelshantering på förskola i Älvkarleby kommun

För vårt barn önskar vi hjälp med läkemedelsbehandling.

Barnets namn: _____

Barnets personnummer: _____

Tidsperiod eller tillsvidare: _____

Förskolans namn: _____

Behandlande läkare: _____

Ange aktuellt läkemedel samt doseringsanvisning. (Vilket läkemedel det gäller, hur och när under dagen det ska ges).

Datum: _____

Vårdnadshavares namnteckning: _____

Telefon nr: _____ Mobil nr: _____

Vårdnadshavares namnteckning: _____

Telefon nr: _____ Mobil nr: _____

Jag har tagit del av informationen:

Representant från förskolan, namnteckning: _____

Namnförtydligande: _____

Ansvarig chef förskola: _____

Namnförtydligande: _____