

Ansvar, behandlande läkare ordinerar egenvården till vårdnadshavare.

Vårdnadshavare och personal ansvarar gemensamt för att rutinen för egenvård i förskola/skola följs.

Personalen är vårdnadshavarens ställföreträdare i läkemedelshanteringen och ger läkemedel enligt de instruktioner de har fått.

Personalen ska förvissa sig om att det är rätt läkemedel, rätt barn, rätt dos och rätt tidpunkt.

Barnet/elevens namn		Personnummer	
F.daghem/förskola/skola		Avdelning/klass	
Orsak till egenvård			
<input type="checkbox"/> Intyg om egenvård och behandlingsplanering bifogas. Tidsperiod för egenvård fr.o.mt.o.m			
Läkemedel/Egenvård Vårdnadshavare ansvarar för: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aktuell uppdaterad ordination finns <input type="checkbox"/> Medicin finns på förskola/skola <input type="checkbox"/> Berörd personal är informerad Personalen ansvarar för: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Genomförande enligt denna överenskommelse <input type="checkbox"/> Dokumentation på egenvårdslista 			
Finns skriftlig anvisning från ansvarig läkare eller annan ansvarig legitimerad behandlande yrkesutövare? <input type="checkbox"/> Ja, bifoga intyg/bilaga <input type="checkbox"/> Nej			
Läkaren som ordinerat			
Medicin som ordineras			
Dosering	Tidpunkt	Dosering	Tidpunkt

Underskrift av vårdnadshavare, berörd personal, förskolechef/rektor

Jag som **vårdnadshavare** ger personalen tillstånd att ge mitt barnläkemedel/egenvård enligt anvisningar, se bilaga

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Datum	Datum
Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Tfn dagtid	Tfn dagtid

Överenskommelse om egenvård i förskola- och skolverksamhet

Sid 2

Berörd personal

Härmed ger jag följande personer tillstånd att i mitt ställe hjälpa mitt barn i sin medicinering/omvårdnad enligt ovan. Berörd personal signerar att de mottagit instruktion

Datum och namn	Signatur:
Datum och namn	Signatur:
Datum och namn	Signatur:
Datum och namn	Signatur:

Jag som förskolechef/rektor godkänner ovanstående

Datum
Namnteckning
Namnförtydligande

Kopia skickad till skolhälsovård