

ŽÁDOST ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE O PODÁVÁNÍ/DOHLED NAD PODÁVÁNÍM/ USKLADNĚNÍ LÉKŮ VE VZDĚLÁVACÍ ORGANIZACI

Číslo/rok žádosti¹

Zákonný zástupce (příjmení a jméno):

Bydliště:

Žádám, aby mému dítěti (příjmení a jméno):

Narozenému dne:

Byl podán/vykonán dohled nad podáním/uskladněn lék/léky²:

Z důvodu³:

¹ Vyplní vzdělávací organizace.

² Doplněte název léku.

³ Doplněte diagnózu dítěte/žáka a přiložte potvrzení lékaře, které potvrzuje diagnózu dítěte/žáka a potvrzuje dávkování léku. **IBEZ POTVRZENÍ LÉKAŘE NENÍ MOŽNÉ ŽÁDOST POSOUDIT!**

Formou⁴:

Podání ústy v tabletě/kapsli.

Inhalačním sprejem.

Lokálně na kůži.

Do konečníku.

Pod jazyk.

Injekčně.

Kombinovaně.

A to následujícím způsobem⁴:

V akutním stavu v rámci první pomoci.

Pravidelně.⁵

V

Dne

Podpis zákonného zástupce:

Datum přijetí žádosti ve vzdělávací organizaci:

Žádost přijal/přijala (*příjmení, jméno, pozice*):

Podpis a razítko vzdělávací organizace:

⁴ Nehodící škrtněte.

⁵ Doplňte pravidelný čas podání.