

VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O PODÁVÁNÍ LÉKŮ VE VZDĚLÁVACÍ ORGANIZACI

Účel vydání:

Vyjádření/potvrzení pro vzdělávací organizaci o zdravotním stavu dítěte a nutnosti podávané medikace.

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek¹.

Jméno a příjmení dítěte, pro které se vyjádření/potvrzení vydává:

Datum narození dítěte, pro které se vyjádření/potvrzení vydává:

Diagnóza dítěte, pro jejíž účely se vyjádření/potvrzení vydává:

Medikace²:

¹ Razítko lékaře, který vydává vyjádření/potvrzení.

² Názvy léku/léků, které mají být dítěti aplikovány.

Forma podání léku/léků³:

Podání ústy v tabletě/kapsli.

Inhalačním sprejem.

Lokálně na kůži.

Do konečníku.

Pod jazyk.

Injekčně.

Kombinovaně.

Lék má být podán následujícím způsobem³:

V akutním stavu v rámci první pomoci.

Pravidelně.⁴

V

Dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře, který vydává vyjádření/potvrzení:

³ Nehodící škrtněte.

⁴ Doplňte pravidelný čas podání.