

Megállapodás gyógyszer beadásáról az intézményben

Alulírott

(szülő neve nyomtatott nagybetűkkel)

kérem a gyermekemmel foglalkozó pedagógusokat és nevelést-oktatást segítő munkakörben dolgozókat, hogy..... nevű
.....osztályba/csoportba járó gyermekemnek az alábbi részletezett
gyógyszert a szakorvos által meghatározott módon és időben beadják.

Gyógyszer neve:

Kiszerezés (hány ml, tablettá):

Dobozon található lejáratidő:

Adagolása:

(hány mg hatóanyag, hány tablettá, hányszor egy nap)

Ebből az iskolában beadandó mennyiség:

Mikor kell beadni:

Mire kell figyelni (pl. étkezés előtt, közben, után, stb.):
.....
.....

Szülők telefonszáma (kérdés esetén):

Anyá:
.....

Apa:
.....

Gyermek neve:

Átvevő neve és munkaköre:

Átvevő aláírása:

- A dokumentum 2 hitelesített példányban került kiállításra. 1 a szülőnél, 1 az intézményben marad.

Budapest,

.....

szülő aláírása

