



## OBRAZEC ZA STARŠE - PRIVOLITEV DAJANJA ZDRAVIL OTROKU V VRTCU

**Opomba vrtca:** velja samo za zdravila, ki se dajejo zato, da se preprečijo določena bolezenska stanja: epileptični napad, vročinski krč, astmatični napad ali inzulinska koma.

**ENOTA VRTCA:** \_\_\_\_\_ **ODDELEK:** \_\_\_\_\_

Spodaj podpisani (ime in priimek starša oz. skrbnika) \_\_\_\_\_  
dovoljujem strokovnemu delavcu oddelka \_\_\_\_\_, dajanje predpisanega zdravila  
med prebivanjem otroka v vrtcu ob pojavu spodaj opredeljenega bolezenskega stanja otroka ter  
vodenje evidence o dajanju zdravila.

### NAVODILA STARŠEV STROKOVNI DELAVKI ZA DAJANJE ZDRAVILA OTROKU

Ime in priimek otroka: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov otrokovega bivališča: \_\_\_\_\_

Bolezensko stanje otroka, za katerega potrebuje zdravila: \_\_\_\_\_

Simptomi/bolezenski znaki, ko je otroku potrebno dati zdravilo v vrtcu (opis):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zdravilo: \_\_\_\_\_ Odmerek zdravila, ki ga dobi otrok: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Opis postopka za dajanje zdravil (kdaj, kako damo zdravilo, ura,...):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ime in priimek zdravnika: \_\_\_\_\_ Telefonska številka: \_\_\_\_\_

Zdravstveni zavod: \_\_\_\_\_

Prosim strokovnega delavca, da nas obvesti ob vsakem dajanju zdravila otroku.

**Pooblastilo dajem na lastno odgovornost in velja do pisnega preklica.**

Kraj in datum: \_\_\_\_\_ Podpis starša oz. skrbnika: \_\_\_\_\_

Datum in podpis strokovne delavke, ki je prejela obrazec: \_\_\_\_\_