

Överenskommelse om utförande av egenvård

Förskola/skola	Avdelning/klass
Barnet/elevens namn	Personnummer

Behandlande läkare

Intyg om egenvård och behandlingsplanering bifogas

Egenvård som ska utföras och tidsperiod

Personal som får utföra egenvården	
Namn:	Jag accepterar uppdraget (underskrift) *:

*Läs mer om vad uppdraget innebär på nästa sida

Utsedda av:

Datum

Underskrift rektor

Namnförtydligande

Jag/vi som vårdnadshavare samtycker till att förskole/skolpersonal som är involverad i barnets/elevens egenvård får ta del av nödvändig medicinsk information om barnet/eleven.

Jag/vi medger också att förskolan/skolan får ha informationsutbyte med behandlande sjukvårdsenhet kring ovanstående barns/elevs egenvård

Vårdnashavare (1)	Vårdnadshavare (2)
Förnamn	Förnamn
Efternamn	Efternamn
Telefon dagtid	Telefon dagtid

Datum

Underskrift (vårdnadshavare 1)

Namnförtydligande

Datum

Underskrift (vårdnadshavare 2)

Namnförtydligande

Överenskommelse om utförande av egenvård

Att acceptera uppdraget innebär att förvissa sig om att det är:

- Rätt läkemedel/behandling
- Rätt barn
- Rätt dos
- Rätt tidpunkt
- Att läkemedlet förvaras på lämplig plats utom räckhåll för barn.