

ŽÁDOST O PODÁVÁNÍ LÉKŮ ŽÁKOVI VE VZDĚLÁVACÍM ZAŘÍZENÍ A POVĚŘENÍ OSOB K PODÁVÁNÍ LÉKŮ

Název vzdělávacího zařízení: Odborné učiliště Chroustovice, Zámek 1, 538 63 Chroustovice

IČO: 60103370

Já, zákonný zástupce (příjmení a jméno):

na základě rozhodnutí lékaře žádám vychovatele domova mládeže, aby mému dítěti (příjmení a jméno):

1) podali lék akutní první pomoci:

název forma podání¹ dávkování.....

2) podali pravidelně užívaný lék pro léčbu chronického onemocnění:

název forma podání dávkování.....

název forma podání dávkování.....

název forma podání dávkování.....

název forma podání dávkování.....

název forma podání dávkování.....

3) podali jednorázově užívaný lék (např. proti nevolnosti v dopr. prostředcích, menstruační bolesti):

název forma podání dávkování.....

název forma podání dávkování.....

Poznámky k podávání, či režimovým opatřením:

Výše uvedené léky se zavazují předat pověřeným pracovníkům v označených dávkovačích, či původním obalu před uplynutím doby expirace a žádám o jejich uložení v prostorách domova mládeže k tomu určených. Dále prohlašuji, že všechny případné změny v medikaci či dávkování doložím platnou lékařskou zprávou, příp. vlastním čestným prohlášením.

Vlastnoruční podpis zákonného zástupce:

Pověřená osoba zákonným zástupcem souhlasí s podáváním pravidelně užívaného léku:

.....	Podpis pověřené osoby (jméno, příjmení)
.....	Podpis pověřené osoby (jméno, příjmení)
.....	Podpis pověřené osoby (jméno, příjmení)
.....	Podpis pověřené osoby (jméno, příjmení)
.....	Podpis pověřené osoby (jméno, příjmení)
.....	Podpis pověřené osoby (jméno, příjmení)
.....	Podpis pověřené osoby (jméno, příjmení)
.....	Podpis pověřené osoby (jméno, příjmení)
.....	Podpis pověřené osoby (jméno, příjmení)
.....	Podpis pověřené osoby (jméno, příjmení)

S pověřením souhlasí ředitel organizace (podpis, datum)

¹ Tableta/kapsle, inhalační sprej, lokálně na kůži, pod jazyk, injekčně.