

# ŽÁDOST ZÁK. ZÁSTUPCE O PODÁNÍ /DOHLED NAD PODÁNÍM LÉKU, O USKLADĚNÍ LÉKU. POVĚŘENÍ ZAMĚSTNANCŮ

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, jméno, narozeného):

## 1) podali/dohlédli nad podáním pravidelně užívaných léků pro léčbu chronického onemocnění:

název ..... forma podání..... dávkování.....

název ..... forma podání..... dávkování.....

název ..... forma podání..... dávkování.....

název ..... forma podání..... dávkování.....

název ..... forma podání..... dávkování.....

## 2) podali/dohlédli nad podáním jednorázově užívaného léku (např. při nevolnosti v dopravních prostředcích, menstruační bolesti):

název ..... forma podání ..... dávkování.....

název ..... forma podání ..... dávkování.....

## 3) podali lék akutní první pomoci (např. při epilepsii, astmatu, cukrovce, alergii apod.):

název ..... forma podání<sup>1</sup>..... dávkování.....

název ..... forma podání ..... dávkování.....

Jsem si vědom toho, že vzdělávací organizace v případě akutního stavu u mého dítěte bude prvně volat linku 155 a dle instrukcí dispečinku záchranné služby postupovat, příp. dle jejich rozhodnutí bude aplikovat lék první pomoci.

### 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, datum: .....

Pověřená osoba zákonným zástupcem souhlasí s výše uvedeným podáváním / dohledem nad podáváním léků:

Bc. Libuše Tomanová..... Podpis pověřené osoby, datum

Jana Marková..... Podpis pověřené osoby, datum

Jitka Růtová..... Podpis pověřené osoby, datum

Bc. Jaroslava Čečetková..... Podpis pověřené osoby, datum

Soňa Wiesnerová..... Podpis pověřené osoby, datum

Milan Zlesák..... Podpis pověřené osoby, datum

Renata Lustigová..... Podpis pověřené osoby, datum

Jolana Rejmanová..... Podpis pověřené osoby, datum

Jindřich Bláha..... Podpis pověřené osoby, datum

Bc. Kristýna Krajánková..... Podpis pověřené osoby, datum

Tereza Černa..... Podpis pověřené osoby, datum

S pověřením zaměstnance a s uložení léků souhlasí

.....  
ředitel organizace (podpis, datum)

<sup>1</sup> Tableta/kapsle, inhalační sprej – podání léku; lokálně na kůži, pod jazyk, injekčně – pouze dohled.