

VRTEC IDRIJA
Arkova 7
5280 IDRIJA
Tel. št.: 05 37 43 310
Faks št.: 05 37 43 318
vrtec.idrija@guest.arnes.si



PRIVOLITEV ZA DAJANJE ZDRAVILA

S podpisom enega od staršev oz. skrbnikov se dovoljuje strokovnemu/nim delavcu/em, ki ga/jih pooblasti vrtec, dajanje predpisanega zdravila med prebivanjem otroka v vrtcu ob pojavu opredeljenega bolezenskega stanja otroka ter vodenje evidence o dajanju zdravila (Evidenca o dajanju zdravila):

Naziv vrtca, enote: _____

Naslov: _____

Ime in priimek otroka: _____	Datum rojstva: _____
Naslov: _____	
Bolezensko stanje: _____	
Simptomi / znaki, na katere moramo biti pozorni: _____	

Zdravilo: _____	Odmerek zdravila: _____
Kako damo zdravilo (npr. v usta, črevo, na kožo): _____	
Kdaj damo zdravilo: _____	
Datum začetka zdravljenja: _____	Datum zaključka zdravljenja: _____
Pogostost dajanja zdravila: _____	
Ura dajanja zdravila v vrtcu: _____	
Mogoči spremljajoči učinki zdravila: _____	

Ime in priimek zdravnika: _____,

tel. št. _____.

Zdravstveni zavod: _____,

naslov: _____.

Kraj in datum: _____

Podpis in žig: _____

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: _____,
tel. št. na katero so dosegljivi v času otrokovega bivanja v vrtcu : _____.

Starši oz. skrbniki otroka so odgovorni za rok uporabnosti zdravila. Starši morajo pooblaščenemu strokovnemu delavcu v vrtcu predložiti originalno embalažo zdravila z označenim imenom otroka, odmerkom zdravila, načinom dajanja (uživanje sirupa/tablete/kapsule, svečka v črevo, mazilo na kožo ali sluznico), s trajanjem zdravljenja (datumi) in z opisom najpogostejših stranskih učinkov ali reakcij; po končanem zdravljenju prejmejo embalažo nazaj.

V primeru, da zdravilo potuje z otrokom domov in v vrtec in je zaradi odsotnosti zdravila lahko ogroženo njegovo življenje (astma, sladkorna bolezen, epilepsija, hude alergične reakcije, ko je potreben anapen itd.), so starši dolžni poskrbeti, da je zdravilo vedno z otrokom. V primeru, da starši/ skrbniki pripeljejo otroka v vrtec brez zdravila, ga strokovni delavec vrtca lahko odkloni.

Podpisani/a sem seznanjen/a, da privolitev za dajanje zdravila velja največ eno leto oz. do pisnega preklica staršev oz. skrbnikov otroka.

Podpis staršev/skrbnikov otroka: _____

Kraj in datum: _____