Střední škola, Antala Staška 213, Lomnice nad Popelkou, příspěvková organizace
Domov mládeže
K Babylonu 1205, Lomnice nad Popelkou, 512 51
tel.: 778 703 180 email: dm@skola-lomnice.cz

VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O PODÁVÁNÍ LÉKŮ

Účel vydání:

Vyjádření/potvrzení pro domov mládeže o zdravotním stavu žáka a nutnosti podávané medikace.

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek [1]:

Jméno a příjmení dítěte/žáka, pro které se vyjádření/potvrzení vydává:

Datum narození dítěte/žáka, pro které se vyjádření/potvrzení vydává:

Diagnóza dítěte/žáka, pro jejíž účely se vyjádření/potvrzení vydává:

[1] Razítko lékaře, který vyjádření/potvrzení vydává.

Medikace :

1) Pravidelně užívané léky

NÁZEV:	MNOŽSTVÍ:	FORMA PODÁNÍ:					ČAS:		
		ústy tableta/kapsle	pod jazyk	inhalačním sprejem	lokálně na kůži	injekčně	ráno	večer	jiný

Poznámka:

2) Léky při akutním stavu v rámci první pomoci

NÁZEV:	MNOŽSTVÍ:	FORMA:				
		podání ústy tableta/kapsle	pod jazyk	inhalačním sprejem	lokálně na kůži	injekčně

Poznámka:

Dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře, který vydává vyjádření/potvrzení: