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

ŽÁDOST O PODÁVÁNÍ LÉKŮ / DOHLED NAD PODÁVÁNÍM LÉKŮ/ USKLADNĚNÍ LÉKŮ

číslo/rok žádosti [1]

Žadatel:

☐ zákonný zástupce nezletilého žáka (příjmení a jméno):

☐ zletilý žák (příjmení a jméno)

Žádám, aby žákyni / žákovi (příjmení a jméno)

narozené / narozenému dne:

byl podán lék /byl vykonán dohled nad podáním léku [2]:

z důvodu [3]:

[1] Vyplní organizace

[2] Doplňte název léku

[3] Doplňte diagnózu dítěte a přiložte potvrzení lékaře, které potvrzuje diagnózu dítěte a potvrzuje dávkování léku. !BEZ POTVRZENÍ LÉKAŘE NENÍ MOŽNÉ ŽÁDOST POSOUDIT!

formou [4]:

podání ústy v tabletě / kapsli

pod jazyk

inhalačním sprejem

lokálně na kůži

a to následujícím způsobem [4]:

☐ v akutním stavu v rámci první pomoci

☐ pravidelně v čase:

V Dne

Podpis zákonného zástupce / zletilého žáka:

……..

Datum přijetí žádosti:

Žádost přijal/a vedoucí vychovatel/ka:

Podpis a razítko organizace: