



Obrazec 1

**INDIVIDUALNI NAČRT UKREPANJA OB NUJNEM ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA
S POOBLASTILOM ZA DAJANJE ZDRAVILA**

S podpisom starši oz. skrbniki pooblašamo strokovnega/-e delavca/-e, ki ga/jih določi vrtec, za dajanje predpisane zdravila otroku ob pojavu nujnega stanja v času bivanja ter vodenje evidence o dajanju zdravila v vrtcu:

Naziv vrtca, enote: _____

Naslov: _____

Izpolni zdravnik

Ime in priimek otroka: _____ Datum rojstva: _____

Naslov prebivališča: _____

Bolezensko stanje: _____

Kdaj damo predpisano zdravilo (najpogostejši simptomi/znaki, na katere moramo biti pozorni): _____

Predpisano zdravilo: _____ Odmerek zdravila: _____

Kako damo zdravilo (npr. v usta, črevo, kožo): _____

Pogostost dajanja odmerka: _____

Mogoči stranski učinki zdravila in kako je potrebno ukrepati: _____

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.: _____ Kraj in datum: _____

Podpis: _____



**VRTEC
IVANA GLINŠKA
MARIBOR**



EKOVRTEC

PREKLIC POOBLASTILA ZA DAJANJE ZDRAVILA V VRTCU

S podpisom starši oz. skrbniki preklicujemo pooblastilo strokovnemu/-im delavcu/-em, ki ga/jih določi vrtec, za dajanje predpisanega zdravila otroku ob pojavu nujnega stanja v času bivanja v vrtcu ter vodenje evidence o dajanju zdravila v vrtcu.

Preklic pooblastila začne veljati vključno z dnem: _____

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: _____

Tel. št.: _____

Naslov: _____

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

