Medicinskema til udfyldelse af forældre

Fulde navn: (barnets)					CPR. Nr.	
Forældre underskrift:					Dato:	
Fast ordination Medicin/produkt	Styrke	KL:dosis/stk	KL:dosis/stk	KL:dosis/stk	Indikation/årsag:	Indholdsstof:
PN-medicin (ved behov) Præparat: Hvor mange gange må det gives i døgnet: Hvor ofte:					Procedure:	
PN-medicin (ved behov) Præparat: Hvor mange gange må det gives i døgnet: Hvor ofte:					Procedure:	

Bemærkninger (f.eks. specielle instrukser) se evt. bagsiden!

Skemaet skal følge medicinen

Skemaet bedes udfyldt med daglig medicin og/eller PN medicin

Personalet må KUN udlevere den medicin, som er skrevet på skemaet.

Fulde navn: (barnets)	Cpr. nr.
Bemærkninger (f.eks. specielle instrukser)	