

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

Příloha č. 1

Č.J.

Zákonný zástupce

jméno a příjmení: _____

bydliště: _____

žádám, aby mému dítěti

jméno a příjmení: _____

narozenému: _____

byl podán, vykonán dohled nad podáním , uskladněn lék/léky (*doplňte název léku,
místo uskladnění*):

z důvodu (*doplňte diagnózu dítěte a přiložte potvrzení lékaře, které potvrzuje diagnózu dítěte a
potvrzuje dávkování léku. Bez potvrzení lékaře není možné žádost posoudit!*):

formou (*označte*):

- podání ústy v tabletě/kapsli
- inhalačním sprejem
- lokálně na kůži
- do konečníku
- pod jazyk
- injekčně
- kombinovaně

a to následujícím způsobem (označte):

- v akutním stavu v rámci první pomoci
- pravidelně (*doplňte pravidelný čas podání*): _____

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Datum přijetí žádosti v organizaci: _____

Žádost přijal/a/ (*jméno a příjmení, pozice*):

Podpis a razítko organizace: _____