

VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O PODÁVÁNÍ LÉKŮ

Příloha č. 2

Účel vydání: vyjádření /potvrzení pro vzdělávací organizaci o zdravotním stavu dítěte a nutnosti
vydávané medikace

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek (*razítko lékaře, který vydává
vyjádření/potvrzení*):

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

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

Diagnóza dítěte, pro které se vyjádření/potvrzení vydává:

Medikace (*názvy léku/léků, které mají být dítěti aplikovány a způsob uložení*):

Forma podání léku/léků (*označte*):

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

Lék má být podán následujícím způsobem (označte):

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

V _____ dne _____

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