

Пълномощно за прием и даване на лекарства

Упълномощавам медицински отдел да осигури прием на следните лекарства на моето дете.

Данни за ученика

Име и фамилия на ученика : клас :

Има и фамилия на родителя :

Отбележете ситуацията на Вашето дете:

- Прием на медикамент (ученик, способен сам да приеме лекарството си, след като медицинската сестра му го е предала).
- Даване на медикамент (ученик, неспособен сам да приема медикамент, медицинската сестра трябва да му го даде).

Медикаменти

Име на лекарството :

Прием (количество) :

Време за прием (час) :

Продължителност на лечението : с рецепта

без рецепта (.....)

Изписано поради следния здравословен проблем :

Пълномощно

1. Упълномощавам даването и приема на медикамента/тите, отбелязани по-горе
2. Запознат съм с процедурата по даване и прием на медикаменти

София, дата..... Подпис на родителя

Съгласувано с Медицински отдел