

Spoštovani starši oz. skrbniki!

Kot vsako leto, se tudi tokrat obračamo na Vas s prošnjo, da nam posedujete podatke v zvezi s prejetjem zdravil pri vašem otroku/mladostniku. Prosimo vas, da izpolnite priloženo tabelo in prvi šolski dan obrazec vrnete medicinskim sestram ali v ambulanto.

S prijaznimi pozdravi, kolektiv ambulante in zdravstvene nege CIRIJSKI Kamnik

IME IN PRIIMEK OTROKA /MLADOSTNIKA: _____

ZDRAVILO/JAKOST	PREJEMA ZDRAVILO REDNO ALI PO POTREBI?	KOLIKOKRAT DNEVNO?	URE OB KATERIH OBIČAJNO PREJEMA ZDRAVILO?	OPOMBE, DODATNA NAVODILA:

POMEMBNO:

- Tudi v primeru, da vaš otrok/mladostnik trenutno ne prejema nobene terapije, niti ne dobi nobenih zdravil po potrebi, vas prosimo, da tabelo z dopisom, da terapije nima, dostavite ob prvem šolskem dnevu v ambulanto ali matični medicinski sestri
- Prosimo, da v tabelo vpišete tudi zdravila, ki jih bo prejemal doma in zdravila, ki jih vzame le občasno.
- Pod rubriko **zdravilo/jakost** prosimo, da napišete tako naziv zdravila kot njegovo jakost (miligrame, grame, enote,..)

Kraj in datum: _____

PODPIS STARŠEV/SKRBNIKOV: _____