# Överenskommelse om utförande av egenvård inom förskola/skola Österåkers kommun

|  |  |
| --- | --- |
| Förskola/skola  Klicka här för att ange namn. | Avdelning/klass  Klicka här för att ange text. |
| Barnets/elevens namn  Klicka här för att ange namn. | Personnummer  Klicka här för att ange personnummer. |
| Behandlande läkare  Klicka eller tryck här för att ange hänvisning och text. | |

Intyg om egenvård bifogas. Ja/Nej se bilaga Klicka här för att ange bilaga.

### Personal som får utföra egenvården

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Jag accepterar uppdraget (underskrift)\*** |
| Klicka här för att ange namn |  |
| Klicka här för att ange namn |  |
| Klicka här för att ange namn |  |
| Klicka här för att ange namn |  |

\* Läs mer om vad uppdraget innebär nedan

### Utsedd av:

|  |  |
| --- | --- |
| Datum för ifyllande av blankett:  Klicka eller tryck här för att ange datum. | Namn på rektor:  Ange namn. |
| Rektor underskrift: | |

Jag/vi samtycker till att förskolepersonal/skolpersonal som är involverade i barnets/elevens egenvård får ta del av nödvändig medicinsk information/ordination för barnet/eleven. Samt att vid behov ha ett informationsutbyte med berörd hälso-och sjukvård kring barnets/elevens egenvård

Jag/vi medger också att förskolan/skolan får ha ett informationsutbyte med behandlande sjukvårdsenhet kring ovanstående barns/elevs egenvård.

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdnadshavare (1) | Vårdnadshavare (2) |
| Förnamn  Klicka eller tryck här för att ange namn. | Förnamn  Klicka eller tryck här för att ange namn. |
| Efternamn  Klicka eller tryck här för att ange namn. | Efternamn  Klicka eller tryck här för att ange namn. |
| Telefon dagtid  Klicka eller tryck här för att ange telefon | Telefon dagtid  Klicka eller tryck här för att ange telefon |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum:  Klicka eller tryck här för att ange datum. | Namn på vårdnadshavare 1:  Ange namn. |
| Underskrift vårdnadshavare 1: | |
| Datum:  Klicka eller tryck här för att ange datum. | Namn på vårdnadshavare 2:  Ange namn. |
| Underskrift vårdnadshavare 2: | |

### Uppdraget innebär \*:

Att acceptera uppdraget innebär att förvissa sig om att det är:

• Rätt läkemedel/behandling

• Rätt barn

• Rätt dos

• Rätt tidpunkt

• Att läkemedlet förvaras på lämplig plats utom räckhåll för barn