# 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 läkareKlicka 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) |
| FörnamnKlicka eller tryck här för att ange namn. | FörnamnKlicka eller tryck här för att ange namn. |
| EfternamnKlicka eller tryck här för att ange namn. | EfternamnKlicka eller tryck här för att ange namn. |
| Telefon dagtidKlicka eller tryck här för att ange telefon | Telefon dagtidKlicka 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