# **Överenskommelse om utförande av egenvård**

|  |  |
| --- | --- |
| Skola: | Klass: |
| Elevens namn: | Personnummer: |

|  |
| --- |
| Behandlande läkare |
| Intyg om egenvård och behandlingsplaner bifogas där följande instruktioner ska framgå:   1. Rätt läkemedel 2. Rätt elev 3. Rätt dos 4. Rätt tidpunkt 5. Läkemedlet förvaras på lämplig plats. |

|  |
| --- |
| Egenvård som ska utföras och tidsperiod: |

## **Personal som får utföra egenvården**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Jag accepterar uppdraget enligt ovan. Namnteckning: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## **Utsedda av**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Datum Underskrift rektor Namnförtydligande

Jag/vi som vårdnadshavare samtycker till att personal som är involverade i elevens egenvård får ta del av nödvändig medicinsk information om eleven, skolan får ha ett informationsutbyte med behandlande läkare kring ovanstående elevs egenvård.

## **Vårdnadshavare (1) Vårdnadshavare (2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Namn: |
| Telefon: | Telefon: |
| Datum: | Datum: |
| Underskrift: | Underskrift: |