



Överenskommelse om utförande av egenvård

Förskola/skola	Avdelning/klass	
Barnets/elevens namn	Personnummer	
Behandlande läkare		

Intyg om egenvård och behandlingsplanering bifogas.

Egenvård som ska utföras	Tidsperiod
--------------------------	------------

Personal som får utföra egenvården

Namn	Jag accepterar uppdraget (underskrift) *:

* Läs mer om vad uppdraget innebär på baksidan

_____ Datum

_____ Underskrift förskolechef/rektor

_____ Namnförtydligande

Jag/vi som vårdnadshavare samtycker till att förskolepersonal/skolpersonal som är involverad i barnets/elevens egenvård får ta del av nödvändig medicinsk information om barnet/eleven

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

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Förnamn	Förnamn
Efternamn	Efternamn
Telefon dagtid	Telefon dagtid

_____ Datum

_____ Underskrift (vårdnadshavare 1)

_____ Namnförtydligande

_____ Datum

_____ Underskrift (vårdnadshavare 1)

_____ Namnförtydligande



Haninge
kommun

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