



Pot v Žapuže 14  
5270 AJDOVŠČINA

## OBRAZEC VRTCA ZA STARŠE – PRIVOLITEV DAJANJA ZDRAVIL OTROKU V VRTCU

**Opomba vrtca:** velja samo za zdravila, ki se dajejo zato, da preprečijo določena bolezenska stanja: božjastni napad, vročinski krč, astmatični napad ali inzulinska koma.

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_ dovoljujem  
ime in priimek starša

strokovnemu delavcu oddelka \_\_\_\_\_, dajanje predpisanega zdravila med prebivanjem otroka v vrtcu, ob pojavu spodaj opredeljenega bolezenskega stanja otroka ter vodenje evidence o dajanju zdravila.

### NAVODILA STARŠEV STROKOVNI DELAVKI ZA DAJANJE ZDRAVIL OTROKU

Ime in priimek otroka: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov otrokovega bivališča: \_\_\_\_\_

Bolezensko stanje otroka, za katerega potrebuje zdravila:

\_\_\_\_\_

Simptomi / bolezenski znaki, ko je otroku potrebno dati zdravilo v vrtcu (opis):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Pot v Žapuže 14  
5270 AJDOVŠČINA

Zdravilo:

\_\_\_\_\_

vrsta zdravila

Odmerek zdravila, ki ga naj dobi otrok:

\_\_\_\_\_

**Opis postopka za dajanje zdravila:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prosimo strokovno delavko, da nas obvesti ob vsakem dajanju zdravila otroku.

**Pooblastilo dajemo na lastno odgovornost in velja do pisnega preklica.**

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis starša: \_\_\_\_\_

Obrazec prejel: \_\_\_\_\_

Datum prejema: \_\_\_\_\_

Podpis strokovnega delavca: \_\_\_\_\_