



**PODÁNÍ TRVALE UŽÍVÁNÝCH LÉKŮ
ZDRAVOTNÍKEM**

Léky požadujeme v originálním balení s příbalovým letákem a datem expirace

Název léku	ráno	poledne	večer	Pozn.

SOUHLAS S PODÁVÁNÍM LÉKŮ ZDRAVOTNÍKEM V PŘÍPADĚ POTŘEBY
– dle vybavení lékárny zdravotníka

Zdravotník:

Jméno + příjmení:.....

Kontakt :+420

Souhlas s podáním léků zdravotníkem v případě:
ZVÝŠENÉ TEPLoty paralen – nurofen – ibalgin

ALERGIE: fenistil kapky případně gel, zyrtek kapky, případně tbl., analergin tbl.

ZAŽÍVACÍCH POTÍŽÍ: endiaron, černé uhlí, gastrogel

DEZINFEKCE: betadine, peroxid 3%, ajatin

***SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM**

***NEHODÍCÍ ŠKRTNĚTE**

V _____ dne _____ Podpis zák. zástupce: _____

KONTAKTY rodiče

Telefonní spojení na rodiče : +420 _____

Email na rodiče: _____@_____