



Tomelilla  
kommun

230630

## Egenvård i förskolan/skolan

### Uppgifter om barnet/eleven

Namn:	Personnummer
Förskola/Skola:	Avdelning/Klass:
Kontaktperson i förskolan/skolan:	Telefon:
Ansvarig läkare/sjuksköterska:	Telefon:

### Barnets/elevens behov av egenvård

Ange vad barnet/eleven behöver hjälp med. Vid läkemedelshantering, ange läkemedelsnamn, dos, tidpunkt och hur läkemedlet ska tas.

### Information till den som ska utföra egenvården

Hur och var läkemedlet eller hjälpmedlet ska förvaras. Att tänka på vid utflykter. Beakta utgångsdatum.

### Övrig information

Ange varför läkemedelsbehandling eller annan egenvård ska genomföras.

### Vid akut situation, kontakta

Kontaktperson	Telefonnummer
---------------	---------------



Denna överenskommelse är upprättad, datum:	Gäller fr.o.m	t.o.m
--	---------------	-------

<input type="checkbox"/> Skriftlig information om egenvården har lämnats till förskolan/skolan
<input type="checkbox"/> Jag som vårdnadshavare samtycker till att informationsutbyte mellan förskola/skola och behandlande läkare får ske gällande egenvården

**Om förändring sker i egenvården omprövas beslutet och ny blankett upprättas. Om skolpersonal eller vårdnadshavare upptäcker att egenvården inte fungerar ska en omprövning av bedömningen göras**

Personal som ska hjälpa barnet/elev med egenvård har fått adekvat information/instruktion av: Namn ansvarig läkare:
Personal som ska hjälpa barnet/eleven med egenvård har fått adekvat information/instruktion av vårdnadshavare

#### Underskrifter

Datum	Vårdnadshavare 1
Datum	Vårdnadshavare 2
Datum	Rektor
Datum	Den som hjälper eleven med egenvård i förskolan/skolan
Datum	Den som hjälper eleven med egenvård i förskolan/skolan
Datum	Den som hjälper eleven med egenvård i förskolan/skolan
Datum	Den som hjälper eleven med egenvård i förskolan/skolan
Datum	Den som hjälper eleven med egenvård i förskolan/skolan