

# Läkemedelslista korttids (Stående ordination)

Härmed överlåter jag att personalen på korttids \_\_\_\_\_ får ge mitt barn \_\_\_\_\_  
Namn på korttids Barnets namn  
 \_\_\_\_\_ nedanstående läkemedel under mitt barns vistelse på korttidsboendet för perioden \_\_\_\_\_ till \_\_\_\_\_  
Barnets personnummer Startdatum Slutdatum

Läkemedlets namn	Form: tablett/ mixtur/droppar	Styrka	Antal/mängd/ st/ml/dr	Klockslag	Hur och varför ges läkemedlet?

Fyll i månad och tid och signera vid varje tillfälle du har givit medicin enligt tabellen ovan.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Kl.																															
Kl.																															
Kl.																															
Kl.																															
Kl.																															
Kl.																															

# Läkemedelslista korttids (Vid behovsordination)

Härmed överlåter jag att personalen på korttids \_\_\_\_\_ får ge mitt barn \_\_\_\_\_

Namn på korttids

Barnets namn

\_\_\_\_\_ nedanstående läkemedel vid behov enligt instruktion under rubrik "när ges läkemedlet", under mitt barns vistelse på korttids-

Barnets personnummer

boendet för perioden \_\_\_\_\_ till \_\_\_\_\_

Startdatum

Slutdatum

Läkemedlets namn	Form: tablett/ mixtur/droppar	Styrka	Antal/mängd/ st/ml/dr	Varför ges läkemedlet?	När ges läkemedlet?	Maxdos

Fyll i månad och tid och signera vid varje tillfälle du har givit medicin enligt tabellen ovan.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Kl.																																
Kl.																																
Kl.																																
Kl.																																
Kl.																																
Kl.																																