



Individualni načrt ukrepanja ob nujnem zdravstvenem stanju otroka S POOBLASTILOM ZA **DAJANJE ZDRAVILA V VRTCU**

S podpisom starši oz. skrbniki pooblaščamo strokovne delavce, ki jih določi vrtec, za dajanje predpisane zdravila otroku ob pojavu nujnega stanja v času bivanja v vrtcu ter vodenje evidence o dajanju zdravila v vrtcu.

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: _____

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

IZPOLNI ZDRAVNIK

Ime in priimek otroka: _____

Datum rojstva: _____ Skupina v 2025/2026: _____

Bolezensko stanje: _____

Kdaj damo predpisano zdravilo (simptomi/znaki, na katere moramo biti pozorni):

Predpisano zdravilo(naziv, moč, oblika): _____

Odmerek zdravila: _____

Kako damo zdravilo (npr. v mišico): _____

Pogostost dajanja odmerka: _____

Mogoči stranski učinki zdravila in kako je treba ukrepati: _____

Ime in priimek zdravnika: _____ Tel. številka: _____

Zdravstveni zavod: _____ Naslov: _____

Kraj in datum: _____ Podpis zdravnika: _____

Datum prevzema zdravila s strani staršev oz. skrbnikov: _____

Ime in priimek str. delavca: _____ Podpis str. delavca: _____

*Starši oz. skrbniki so dolžni vrtcu predložiti zdravilo v **originalni embalaži** z označenim imenom in priimkom otroka. Na embalaži morajo biti zapisana tudi kratka navodila za uporabo zdravila (odmerek zdravila, način dajanja ...) in shranjevanje zdravila.