



Ósk foreldra um lyfjagjöf á skólatíma

Berist skólahjúkrunarfræðingi í Egilsstaðaskóla

Nafn barns: _____ Bekkur: _____

Lyfjaheiti: _____

Skammtur: _____

Tími lyfjagjafar: _____

Ég óska eftir að lyf séu gefin samkvæmt ofangreindum fyrirmælum. Ég mun, í samráði við skólahjúkrunarfræðing, koma lyfjum til skólans í upprunalegum umbúðum frá lyfjaverslun, skilmerkilega merktum nafni barns og dagsetningu.

Foreldri/forráðamaður: _____

Dags: _____