

Tilladelse til medicingivning

Barnets navn: _____

Cpr.nr.: _____

Adresse: _____

Postnr/By: _____

Der gives hermed tilladelse til, at der i nedenstående institution må gives følgende medicin til ovennævnte barn:

Institutionens navn: Samstyrken, Krogen 7, 6800 Varde

Telefonnr.: 79 94 61 70

Mailadresse: samstyrken@varde.dk

Præparat – navn/styrke	Dosis morgen kl	Dosis middag kl	Dosis aften kl	Dosis nat kl.

Ordination af **PN-medicin** skal fremgå af ovennævnte skema, men forudsætter nærmere beskrivelse af, hvornår og i hvilke situationer, det skal gives.

_____ dato lægens underskrift	_____ stempel, adresse, tlf., fax, mail
---	--