



## MEDICINLISTA

Sommargårdens namn: \_\_\_\_\_

Period: / - /

Deltagarens namn: \_\_\_\_\_

Personnr: \_\_\_\_\_

All medicin för sommarperioden ska medföras i dosdisp eller i dosett som lämnas till ansvarig ledare på gården.

Hjälpmedel levereras direkt till gården efter insänd lista.

Medicinlistan skickas in tillsammans med blanketten "Accepterande av plats".

Nej, jag behöver ingen medicin

Ja, jag behöver nedanstående medicin

Medicin	Styrka i mg eller g	Dosering, antal tabl, ml eller droppar				Ordinarie läkares namn (se medicinburk) adress/sjukhus, telnr
		7-9	11-13	16-18	20-22	

Insulinsort	Antal "streck" eller IE/inj. tillfälle		Ordinarie läkares namn (se medicinburk) adress/sjukhus, telnr
	Morgon 7-9	Middag 16-18	

Ange även storlek på injektionsnålar och sprutor: \_\_\_\_\_

Hjälpmedel t ex blöjor, lakansskydd	Varunummer	Storlek	Ordinarie persons adress, tel

För eventuell behovsmedicinering ber vi er bifoga delegering från ordinarie läkare.

Förälder/vårdnadshavare namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Tel bost: \_\_\_\_\_ Tel arb: \_\_\_\_\_

Insändes tillsammans med "Accepterande av erbjuden plats"