



Humana

Habiliteket

Läkemedelsinformation

OBS - bara ett läkemedel per papper!

Har ditt barn flera läkemedel som personalen ska ge, skriv ut fler underlag från www.habiliteket.se)

Barnets förnamn och efternamn: _____

Personnummer: _____

Läkemedlets namn: _____

Styrka: _____ Mängd/dos: _____

När ska läkemedlet ges: _____

Hur ska läkemedlet ges: _____

Varför ska läkemedlet ges: _____

Underskrift samt namnförtydligande ansvarig läkare.

Tel-nr ansvarig läkare.

Denna ordination gäller (ange tidsperiod el. tillsvidare): _____

Habiliteket behöver egenvårdsintyg från läkaren vid ändrad dosering.

Ort

Datum

Underskrift samt namnförtydligande vårdnadshavare.

Tel-nr vårdnadshavare
