

Legemiddeloversikt

Eleven sitt namn: _____ Fødd: _____

Skule: _____ Klasse: _____

Medisinsk tilstand: _____ Behandlande lege/tlf: _____

Namn og tlf.nr føresette: _____

Faste medisinar						
Legemiddel	Tidsperiode (frå/til)	Dose/styrke	Form (eks. tab, mikstur, inhalasjon)	Korleis skal ein gje legemiddelet	Legemiddelet sin verknad	Eventuelle bivirkningar
Akuttmedisinar/ medisinar ved behov						

(Dato /underskrift føresette)