

Legemiddeloversikt

Barnets navn: _____ Født: _____

Medisinsk tilstand: _____

Barnehage: _____ Avdeling: _____

Behandler lege/fastlege: _____ Tlf. _____

Navn og tlf.nr foreldre: _____

Legemiddel	Tidsperiode (fra/til)	Dose/styrke	Faste medisiner			Eventuelle bivirkninger
			Form (eks. tab, mikstur, inhalasjon)	Hvordan skal legemiddelet gis	Legemiddelets virkning	
Akuttmedisiner/ medisiner ved behov						

(Dato /underskrift foreldre)