

הנדון: מתן טיפול תרופתי מציל חיים במעון לילד שאובחן כלוקה באלרגיה (מילוי באחריות הרופא).

הילד: _____ ת.ז. : _____
אבחנה רפואית: _____
ביטוי ביום-יום _____
במקרים הבאים: _____

שהמאפיינים שלהם הם: _____

יש לתת לילד/ה את התרופה: _____ (יש לכתוב באותיות דפוס לטיניות)
במינון כדלקמן: _____

על שינוי חריג במצבו בריאות/ה יש להודיע להורי הילד/ה, או, במידת הצורך, לפנותו/ה למוקד חירום מד"א, מרפאה או בית חולים).

הריני לאשר כי הילד/ה רשאי/ת לבקר במעון וכי אפשר לתת לו/ה את הטיפול התרופתי מציל חיים במסגרת המעון.

הבקשה תקפה מתאריך: ___ / ___ / ___ עד ___ / ___ / ___
(תוקף הבקשה לא יעלה על שנת לימודים)

* המלצה לסייעת - כן/לא בהיקף יום מלא / חלקי מס' שעות ביום: _____

שם פרטי ומשפחה _____ מס' רישיון _____ המוסד הרפואי _____ חתימה וחותמת הרופא _____