



Medikamentoversikt

for medisinerer i skoler og Aktivitetsskoler

For (elevens navn): _____

Fyll ut skjemaet med medikamentenes navn, antall som skal tas, og hvilket klokkeslett de skal tas på.

Ref.nr. 667 – 09.2009

Medikament	Antall	Klokkeslett	Klokkeslett	Klokkeslett	Merknad

Skjemaet er fylt ut

Dato: _____

Underskrift foresatte: _____

