



## Legmiddelhåndtering i skolen

Innsender	
Fødselsnummer	
Fornavn	Etternavn
Adresse	
Postnummer / sted	
Telefon	E-post

Foreldreansvar	
Har du foreldreansvar alene?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Bor foreldrene sammen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Har eleven delt bosted?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Forelder 2 (hvis delt bosted og delt foreldreansvar)	
Fornavn	Etternavn

Elev og skole		
Eleven		
Navn	Fødselsnummer	
Skole og klassetrinn		
Skole	Klassetrinn	
<input type="checkbox"/> Akkarfjord	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> Baksalen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> Breilia	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> Fjordtun	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> Forsøl	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Fuglenes		
<input type="checkbox"/> Kokelv		
<input type="checkbox"/> Kvalsund		
<input type="checkbox"/> Reindalen		

## Akuttmedisinering

Type anfall

- Allergisk reaksjon
- Anafylaktisk sjokk
- Astma-anfall
- Diabetes

- Epileptisk anfall
- Annet:

Navn på lege

Telefon til lege

## Instruks for akuttmedisinering

Type anfall/reaksjon

Symptomer/utslag

Ved anfall gjøres følgende

Ved anfall/reaksjon bruker barnet følgende medisiner

Kontakt lege hvis

Du kan også hjelpe barnet ved å

Type anfall/reaksjon

Symptomer/utslag

Ved anfall gjøres følgende

Ved anfall/reaksjon bruker barnet følgende medisiner

Kontakt lege hvis

Du kan også hjelpe barnet ved å

Type anfall/reaksjon

Symptomer/utslag

Ved anfall gjøres følgende

Ved anfall/reaksjon bruker barnet følgende medisiner

Kontakt lege hvis

Du kan også hjelpe barnet ved å

Type anfall/reaksjon

Symptomer/utslag

Ved anfall gjøres følgende

Ved anfall/reaksjon bruker barnet følgende medisiner

Kontakt lege hvis

Du kan også hjelpe barnet ved å

## Fast medisiner

Medikament	Antall	Klokkeslett
Merknad		

Medikament	Antall	Klokkeslett
Merknad		

Medikament	Antall	Klokkeslett
Merknad		

Medikament	Antall	Klokkeslett
Merknad		

Medikament	Antall	Klokkeslett
Merknad		

Medikament	Antall	Klokkeslett
Merknad		

## Dato og signatur

Dato	Signatur
------	----------

Skjemaet sendes til  
Hammerfest kommune  
Postboks 1224  
9616 Hammerfest

NB! Ikke send personlig eller sensitiv informasjon med e-post.