

## Legemiddeloversikt

Barnets navn: \_\_\_\_\_ Født: \_\_\_\_\_

Medisinsk tilstand: \_\_\_\_\_

Barnehage: \_\_\_\_\_ Avdeling: \_\_\_\_\_

Behandler lege/fastlege: \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_

Navn og tlf.nr foreldre: \_\_\_\_\_

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

---

(Dato /underskrift foreldre)