**Medicinskema**

**Navn:**

**Medicincinskemaet** skal følge barnet/den unge, hver gang man kommer i aflastningen på Nordstjernen.

Det er et krav fra embedslægen, at skemaet er korrekt udfyldt og følger barnet/den unge.

Det er kun lægeordineret medicin, vi må give.

**Man SKAL udfylde et nyt skema, hvis der forekommer rettelser.**

Med venlig hilsen

Nordstjernen

**Medicinskema**

**Navn: Cpr.nr. Udfyldt dato:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Ordineret medicin: |
| Ordineretdato: | Medicin navn: | Udseende: | Styrke: | Døgndosis: | Kl. | Kl. | Kl. | Kl. | Kl. | Kl. | Virker mod: | Giveshvordan: | Bivirkninger: | Ophør: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Ordineret PN medicin (ved behov): |
| Ordineretdato: | Medicin navn: | Udseende | Maxdøgndosis: | Tid imellem: | Gives ved: | Gives hvordan: | Bivirkninger: | Ophør: |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |