


Namn:

Födelse data :

 Hem: Mobilnummer till vårdnadshavare: Annan person att ringa till:

Plats för foto

Detta ska ni veta om min astma och/eller allergi

Jag får astma/allergi av:

När jag får besvär brukar jag reagera så här:

Mina mediciner är:

Innan lek och ansträngning kan ni ge mig:

*Jag/vi som vårdnadshavare ger personalen rätt att ge mitt barn läkemedel enligt ordination i ruta: **Vid akuta besvär.***

Datum

Vårdnadshavarens underskrift

Datum

Vårdnadshavarens underskrift

Datum


Läkare/sjuksköterskas underskrift

VID AKUTA BESVÄR !

Får jag astma eller allergibesvär, ge mig detta/dessa:

Läkemedel:

Dosering:

 Tlf till min vårdcentral/
barnmottagning: Tlf till akutmottagning: