



**ŽÁDOST A SOUHLAS VE VĚCI PODÁNÍ LÉKŮ**  
v rámci služby **Dětská skupina – ZDRAVÁ ŠKOLIČKA**, dále jen „DS-ZŠ“  
Centrum – SRDÍČKO, Revoluční 1845/30, 1846/32, 412 01 Litoměřice

Jméno a příjmení dítěte:..... (dále jen „Dítě“)

Datum narození Dítěte: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce, osoby odpovědné za výchovu dítěte (dále jen „Příjemce služby“):.....

Ve věci shora uvedeného mého Dítěte **souhlasím s podáním léku z lékárníčky DS – ZŠ (seznam léků je v lékárníčce) v případě poskytnutí první pomoci (horečka, alergická reakce, aj.):**

- Zvýšená tělesná teplota:  PARALEN - 125, tablety
- Alergická reakce:  ZODAC GTT 10 mg/ml, perorální kapky, roztok

**Dále žádám o podání léku** shora uvedenému Dítěti, a to v případě, že by nastaly zdravotní potíže v rámci první pomoci (*prosíme definovat zdravotní stav Dítěte, např. astmatický záchvat, alergická reakce, křeče, aj.*):.....

- název léku:.....
- dávkování (uvést dávkování léku):.....
- čas (intenzita) podávání:.....
- skladování (uvést podmínky skladování, např. v ledničce apod.):.....

Vlastní lék předávám v originálním balení s příbalovým letáčkem a vyznačeným dávkováním, jménem a příjmením dítěte včetně uvedení a zjevným vyznačením expirační doby. Beru na vědomí, že po své linii zajistím výměnu léku po uplynutí expirační doby, a to tím, že do DS-ZŠ přinesu nový lék a původní, který je po expirační době, přijmu zpět za účelem likvidace dle platných norem (např. odevzdat v lékárně).

Tímto prohlašuji, že jsem si vědom/a veškerých následků plynoucích z této žádosti a z tohoto souhlasu o podání léku a též beru veškerá rizika (např. kontraindikace, nežádoucí účinky aj.), která jsou s podáním léku spojena na svoji zodpovědnost.

Jsem si vědom/a, že v případě příznaků onemocnění a výzvu Poskytovatele služby, zajistíme včasné převzetí dítěte do osobní péče.

Případné projevy nebo komplikace přesahující běžný průběh onemocnění a takové komplikace, které již vyžadují odbornou lékařskou pomoc, bude Poskytovatel služby řešit přivoláním zdravotní záchranné služby, popř. poskytnutím péče odpovídající zásadám první pomoci.

Datum.....

.....  
podpis Příjemce služby: zákonného zástupce,  
osoby odpovědné za výchovu Dítěte