

Alaikäisen osallistujan yksilöllinen lääkehoitolupa

Luvan saaja: _____

Tällä luvalla sitoudun toteuttamaan tämän osallistujan yksilöllistä lääkehoitoa.

Osallistujan nimi ja sotu:

_____ Tapahtuma,

ajankohta ja paikka:

”Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Turvallinen lääkehoito (v. 2005) mukaisesti lääkehoito perustuu potilaan, hänen omaisensa sekä lääkehoitoa toteuttavan työntekijän ja toimintayksikön johdon väliseen sopimukseen. Lääkehoitoon kouluttamaton henkilökunta voi osallistua luonnollista tietä annettavien tai ihon alle pistettävän hoidon toteuttamiseen yksittäistapauksissa tai tilannekohtaisen harkinnan, riittävän lisäkoulutuksen sekä osaamisen varmistamisen jälkeen.”

Osaamisen varmistus: Olen saanut huoltajilta/asiantuntijalta riittävän perehdytyksen lapsen lääkehoitoon ja hoitotoimiin.

___ / ___ _____
pvm Lääkehoitoluvan saajan allekirjoitus

Osallistujan huoltajan allekirjoitus

___ / ___ _____
pvm Huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Huoltajan yhteystiedot toiminnon aikana: _____

Lääkehoitoa antavan työntekijän tutkinto / koulutus

- () Lääkehoitoon koulutettu nimikesuojattu terveydenhuollon ammattilainen
- () Lääkehoitoon koulutusta saanut ammatillinen henkilö
- () Lääkehoitoon kouluttamaton henkilö

Lääkehoitolupa on voimassa ___ / ___ _____ asti

Lääkehoitoluvan hyväksyy hoitoa antavan työntekijän esimies / kirkkoherra

___ / ___ _____
pvm allekirjoitus