|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSTRUKS VED AKUTTMEDISINERING/ KOMPLIKASJONER ELLER UVENTEDE HENDELSER**  |  |  |

**Barnehage: Plassebakken Barnehage SA**

**Barnets navn: Fødselsdato:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type anfall:**(allergiske reaksjoner/anafylaktisk sjokk/astma-anfall/ diabetes/eliptisk anfall/annet) |  |
| **Reaksjon/** **symptomer:** |   |
| **Ved anfall gjøres følgende:** |  |
| **Ved anfall/reaksjon bruker barnet følgende medisiner:** |  |
| **Du kan hjelpe barnet ved å:** |  |
| **Kontakt lege hvis:** |  |
| **Leges navn og** **telefonnr.:** |  |
| **Barnets foreldre skal kontaktes:** | **Mors navn:**  tlf. arbeid: tlf. privat/mobil: **Fars navn:**tlf. arbeid:  tlf. privat/mobil: |
| **Dato, sign lege:** |  |
| **Dato, sign foreldre:** |  |