



SOUHLAS S PODÁVÁNÍM LÉKŮ NA LETNÍM DĚTSKÉM TÁBOŘE

Jméno dítěte:

Příjmení dítěte:

Rodné číslo dítěte:

Souhlasím s tím, že výše uvedenému dítěti budou v případě potřeby podány níže uvedené léky a poskytnuta vhodná předlékařská první pomoc.

Léky bude podávat osoba s kvalifikací Zdravotník zotavovacích akcí

Druh léčiva	Podávaný lék
lék ke snížení zvýšené teploty	Paralen, Brufen sirup
lék proti zažívacím potížím	Imodium, Carbosorb, Guttalax
nosní kapky na uvolnění nosních dýchacích cest	Muconasal Plus
lék proti bolestem hlavy, zubů	Ibalgin
sirup proti kašli	Mucosolvan
tablety při systémové alergické reakci	Zodac
přípravek k dezinfekci kůže a povrchových ran	Septonex, Novikov, Jodisol
přípravek k dezinfekci dutiny ústní	Jox, Orofar, Septofort

Jsem si vědom(a), že vedoucí LDT SPTH nenesou žádnou zodpovědnost za případná rizika při správném podání výše uvedených léčiv.

V

Dne

Jméno a příjmení zákonného
zástupce (hůlkovým písmem)

Podpis zákonného zástupce