

ÖVERENSKOMMELSE OM EGENVÅRD I FÖRSKOLA/SKOLA

Barnets/elevens namn	Personnummer
Förskola/skola	Avdelning/klass/program
Vårdnadshavare	Telefon dagtid
Vårdnadshavare	Telefon dagtid
Pedagog/mentor/klasslärare	Telefon dagtid
Rektor	Telefon dagtid

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare kan överlåta egenvårdsinsatser till förskole-/skolpersonal. Denna överenskommelse utgör en bilaga till barnets/elevens egenvårdsplan/läkarintyg.

Egenvårdsplanen utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal inom sjukvården och ska tydliggöra vilka egenvårdsinsatser som personal ska utföra och vilka åtgärder som ska vidtas om elevens hälsotillstånd förändras. Vårdnadshavare informerar och instruerar personal samt ansvarar för att hålla denna blankett, läkemedel och material uppdaterade. Vid enklare insatser (ex. en tablett som ska ges under dagen) kan ett läkarintyg ersätta egenvårdsplanen. Om en egenvårdsplan även innehåller de uppgifter som efterfrågas i förskolans/skolans egenvårdsblankett behöver denna blankett inte fyllas i (vanligt vid ex. Diabetes).

Ifylld blankett lämnas till rektor och behålls på förskolan/skolan. Kopia förvaras tillsammans med barnets/elevens egenvårdsplan/läkarintyg och läkemedel samt lämnas till vårdnadshavare.

Ny överenskommelse ska upprättas vid förändring, inför nytt läsår och vid byte av skola.

Kryssa i vilket dokument som ligger till grund för denna överenskommelse

- ☐ Egenvårdsplan från hälso- och sjukvården ☐ Läkarintyg

Beskriv egenvårdsinsatser om förtydligande behövs utifrån befintlig egenvårdsplan/läkarintyg. Samt ditt barns behov av hjälp, stöd och delaktighet i sin egenvård.



ÖVERENSKOMMELSE OM EGENVÅRD I FÖRSKOLA/SKOLA

Barnets/elevens namn	Personnummer
----------------------	--------------

Omedelbara åtgärder vid förändrat hälsotillstånd

--

Genom att lämna in denna blankett samtycker vårdnadshavare till att berörd personal informeras om elevens egenvård.

Samtycke

☐ Jag samtycker till informationsutbyte och samråd mellan rektor/mentor/pedagog och behandlande läkare.

Ange nedan kontaktuppgifter till behandlande klinik, mottagning eller läkare.

☐ Nej, jag samtycker inte till informationsutbyte mellan rektor/mentor/pedagog och behandlande läkare.

Underskrift vårdnadshavare

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning vårdnadshavare 1 / myndig elev	Namnteckning vårdnadshavare 2
Namnförtydligande vårdnadshavare 1 / myndig elev	Namnförtydligande vårdnadshavare 2

Underskrift rektor

Ort och datum
Namnteckning rektor
Namnförtydligande rektor

