



UPOWAŻNIENIE DO PODAWANIA LEKÓW

KJ HUZAR

Wypełnia rodzic/opiekun prawny osoby niepełnoletniej lub pełnoletni uczestnik. Upoważnienie należy przekazać kadrze przy przyjeździe, jeśli uczestnik wymaga podawania leków.

1. DANE I UPOWAŻNIENIE

Imię i nazwisko uczestnika:

.....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna:

.....

Upoważniam uprawnionych członków kadry zimowiska KJ Huzar do podawania wskazanych poniżej leków uczestnikowi zgodnie z pisemnymi zaleceniami lekarza i poniższymi instrukcjami. Oświadczam, że przekazałem/am informacje o przeciwwskazaniach, alergiach i działaniach niepożądanych, o których mi wiadomo.

2. LEKI, DAWKOWANIE I GODZINY PODAWANIA

Nazwa leku	Rano	Po południu	Wieczorem	Dawka / sposób / uwagi

Lek podawany w razie potrzeby – nazwa, sytuacja, jednorazowa dawka, maksymalna dawka dobową (jeżeli dotyczy):

.....

.....

3. INFORMACJE ZDROWOTNE I KONTAKT

Czy uczestnik ma alergie na leki lub inne substancje? Jakież?

.....

.....

.....

Osoba do kontaktu 1	 tel.
Osoba do kontaktu 2	 tel.



4. LEKI DORAŻNE I SYTUACJE NAGŁE

W odniesieniu do ogólnodostępnych leków doraźnych (np. przeciwbólowych, przeciwgorączkowych), podawanych zgodnie z instrukcją i w zakresie uzgodnionym z kadrą:

☐ WYRAŻAM ZGODĘ ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY

Rodzaj dopuszczonych leków, ograniczenia, znane uczulenia lub uwagi:

.....

.....

.....

W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia wyrażam zgodę na wezwanie pogotowia ratunkowego i przekazanie ratownikom niezbędnych informacji o zdrowiu uczestnika. Decyzje dotyczące świadczeń medycznych podejmują uprawnione osoby zgodnie z przepisami prawa.

5. PRZEKAZANE DOKUMENTY I LEKI

- ☐ Lek / leki w oryginalnych, oznaczonych opakowaniach
- ☐ Ulotki informacyjne dotyczące leków
- ☐ Pisemne zalecenie lekarza (nazwa, dawka, droga i pory podawania) – jeśli dotyczy

Potwierdzam prawdziwość informacji i przekazanie wskazanych wyżej leków wraz z instrukcją ich stosowania.

Miejscowość, data:

Czytelny podpis rodzica / opiekuna lub pełnoletniego uczestnika:

POTWIERDZENIE ODBIORU PRZEZ KADRĘ

Data, godzina i imię oraz nazwisko osoby przyjmującej leki:

Podpis: