

תאריך: _____

טופס בקשת רופא למתן טיפול תרופתי במסגרת המוסד החינוכי

מתוך חוזר מנכ"ל:

התנהלות מוסדות החינוך והצהרונים לשם הבטחת בריאותם של תלמידים הסובלים מאלרגיות למוצרי מזון

אל: הצוות החינוכי

בבית הספר/ בגן הילדים _____

הנדון: מתן טיפול תרופתי במוסד החינוכי

התלמיד/ה _____ מס' ת"ז _____

סובלת מ: * _____

במקרים כגון או בתדירות של: _____

שהמאפיינים שלהם הם: _____

יש לתת לתלמיד/ה את התרופה: _____

(יש לכתוב באותיות דפוס לטיניות)

במינון כדלקמן: _____

במקרה של תופעות לוואי כגון _____ או שינוי חריג במצב בריאותו/ה יש להודיע להורי התלמיד/ה, או,

במידת הצורך, לפנותו/ה למוקד חירום (מד"א, מרפאה או בית חולים).

הריני לאשר כי התלמיד/ה רשאי/ת לבקר במוסד החינוכי וכי אפשר לתת לו/לה את הטיפול התרופתי במסגרת החינוכית.

הבקשה תקפה מתאריך _____ ועד תאריך _____

(תוקף הבקשה לא יעלה על שנת לימודים)

בתודה,

_____ חתימה וחותמתו של הרופא

_____ המוסד הרפואי

_____ מספר הרישוי

_____ השם הפרטי ושם המשפחה

* יש לכתוב בכתב יד ברור וקריא, ולצד כל מילה הכתובה בלועזית יש להוסיף את התרגום בעברית.

תאריך: _____

טופס בקשת הורה למתן טיפול תרופתי במסגרת המוסד החינוכי

אל:

_____ הצוות החינוכי של בית הספר / גן הילדים

שלב רב,

הנדון: בקשה למתן טיפול תרופתי לבני/לבתתי במסגרת המוסד החינוכי

אנו, הורי התלמיד/ה _____ מס' ת"ז _____

_____ מבקשים מצוות המוסד החינוכי לתת את התרופה

_____ במינון של או במקרים כגון _____

לבננו/לבתנו בידיעתנו, באחריותנו ובהתאם להוראת הרופא המטפל המצורפת בזה. באחריותנו להודיע למוסד החינוכי על כל שינוי שיחול במצב הבריאות של ילדנו או בהנחיה הרפואית.

_____ במקרה של תופעות לוואי כגון _____

או כל שינוי חריג במצב בריאותנו של ילדנו יש להודיע ל _____ טלפון _____.

הבקשה תקפה מתאריך _____ עד תאריך _____
(תוקף הבקשה לא יעלה על שנת לימודים).

הריני לאשר כי בני/בתי רשאי/ת לבקר במוסד החינוכי ולקבל את התרופה הנ"ל במסגרת החינוכית.

_____ חתימה

_____ התאריך

_____ השם הפרטי ושם המשפחה