

SOUHLAS S PODÁVÁNÍM LÉKŮ

Souhlasím s tím, že mému dítěti budou v případě potřeby podávány níže uvedené léky a dezinfekce.

Jméno a příjmení dítěte

V případě, že si přejete Vašemu dítěti podávat jiný než námi níže uvedený lék, zapište do tabulky příslušné kategorie název léku a odevzdejte patřičné léky (zabalené v sáčku se jménem dítěte) zdravotníkovi při nástupu dítěte na tábor.

Léky bude dítěti podávat osoba s kvalifikací Zdravotník zotavovacích akcí.

Druh léčiva	Námi podávaný lék	Vlastní lék
lék proti bolestem hlavy, zubů (analgetika)	Ibalgin, Brufen 200/400mg	
lék ke snížení zvýšené teploty (antipyretika)	Paralen 500mg	
tablety proti nevolnosti při jízdě dopravním prostředkem (antiemetika)	Kinedryl	
živočišné uhlí, lék proti zažívacím potížím	Carbo medicinalis, Imodium, Tasectan	
nosní kapky na uvolnění nosních dýchacích průchodů (otorinolaryngologika)	Olynth	
roztok (sirup) nebo tablety proti kašli (antitusika, expektorancia)	Sinecod, Mucosolvan, Ambrobene	
pastilky/sprej pro dezinfekci dutiny ústní a při bolestech hrtanu (stomatologika)	Jox, Tantum verve pastilky	
mast nebo sprej urychlující hojení, např. popálenin	Panthenol, Hemagel, Calcium pantothenicum	
oční kapky nebo oční mast s dezinfekčním účinkem, oční voda na výplach očí (oftalmologika)	Ophthamo-septonex, Occusept	
mast nebo gel při poštípání hmyzem (lokální antihistaminika)	Fenistil gel	
tablety při systémové alergické reakci (celková antihistaminika)	Analergin	
přípravek k dezinfekci kůže a povrchových ran	Neocide, Jodisol, Septonex	
dezinfekční prostředek na okolí rány	Jodisol	

SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

V době konání uvedeného skautského letního tábora souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého shora uvedeného nezletilého dítěte ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a to příslušnému zdravotníkovi skautského letního tábora, nebo jím pověřené osobě. Zároveň souhlasím s přítomností výše uvedeného zdravotníka, či jím pověřené osoby (v zájmu respektování pohlaví dítěte), jako doprovodu u případného lékařského vyšetření či ošetření mého dítěte.

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého (v případě nutnosti kontaktujte zákonné zástupce uvedeného dítěte na tel. číslech):

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Telefonní číslo:.....

V..... dne

.....
(podpis rodiče nebo zákonného zástupce dítěte)