



Spoštovani starši/skrbniki!

Prosimo vas, da v tabelo vpišete vsa zdravila, ki jih vaš otrok prejema in sicer tako tista, ki ji prejema redno kot tista, ki jih dobi občasno ali po potrebi.

Seznam naj ima s seboj prvi šolski dan in ga odda oddelčni medicinski sestri.

V primeru, da ne prejema nobene terapije, tabelo prečrtajte in se podpišite.

V kolikor nam želite sporočiti še kaj v povezavi z zdravstvenim stanjem vašega otroka, lahko to dopišete na drugo stran dopisa. V ordinacijskem času smo dosegljivi tudi na telefonski številki 01 831 74 61 in na e-naslovu ambulanta@cirus-kamnik.si

Lep pozdrav v imenu Zdravstvene enote CIRIUS Kamnik,

Marta Orehek Kirbiš, dr. med. spec. spl. med.,
Vodja ZE CIRIUS Kamnik

IME IN PRIIMEK UČENCA/DIJAKA:

DATUM:

NAZIV IN JAKOST ZDRAVILA	URA, KO VZAME ZDRAVILO OZIROMA KOLIKOKRAT NA DAN

PODPIS STARŠEV:
