

Sporazum o medicinskoj aktivnosti

(Pravna osnova: čl. 66b Školskog zakona i čl. 50a Zakona o liječnicima 1998.)

Ime i prezime djeteta:

Datum rođenja

Škola:

Razred:

Ovim putem opunomoćujem sljedeće nastavnike (molimo da ih imenujete i potpišete pojedinačno odnosno priložite popis imena s potpisima ako navodite više osoba)

2).....Potpis:

3) pogledajte priloženi popis ako navodite više osoba

da do daljnjega provode dolje navedene aktivnosti na mojem djetetu nakon propisanog prijenosa medicinske aktivnosti.

.....

.

.....

Potpis učenika/učenicice sposobnog/sposobne za rasuđivanje

.....

.

.....

Potpis staratelja

Ispunjava liječnik/liječnica:

Sljedeće aktivnosti moraju se provoditi u navedeno vrijeme / prema potrebi (prekrižite nepotrebno):

| Vrsta aktivnosti (npr. mjerenje razine šećera u krvi, hranjenje preko sonde itd.) | Vrijeme |
|---|---------|
| | |
| | |
| | |

Izvršio/izvršila sam prijenos navedenih medicinskih aktivnosti u skladu s čl. 50a Zakona o liječnicima 1998. (pogledajte Izjavu o prijenosu).

.....
Mjesto, datum

.....
Ime i prezime i potpis liječnice/liječnika