

OSNOVNA ŠKOLA PIROVAC

Put škole 10

22 213 Pirovac

## SUGLASNOST ZA DAVANJE LIJEKA

Ja, \_\_\_\_\_, dajem suglasnost da se mom djetetu \_\_\_\_\_  
(ime i prezime roditelja/skrbnika) (ime djeteta)

može dati lijek:

Naziv lijeka: \_\_\_\_\_

Doziranje: \_\_\_\_\_

Razlog: \_\_\_\_\_

U hitnim situacijama dopuštam postupanje prema uputama liječnika.

Ovu suglasnost dajem dobrovoljno i potvrđujem da sam upoznat/upoznata sa svim relevantnim informacijama.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ 20\_\_ . godine

**Potpis roditelja/skrbnika:**

\_\_\_\_\_