

Plan för att stöda deltagares läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling eller sjukdom är i regel inget hinder för att delta i verksamheten, men den som ordnar verksamheten bedömer och beslutar om man under verksamheten kan ge det stöd som behövs.

Deltagarens namn

Vilken sjukdom eller vilket symptom är det fråga om?

Medicinering; namn, dosering

Deltagarens behov av stöd för läkemedelsbehandling:

(Välj den form av stöd som deltagaren behöver)

☐ påminnelse ☐ behöver konkret hjälp i läkemedelsbehandlingen ☐ i förvaringen av läkemedel

Beskriv deltagarens läkemedelsbehandling under lägret eller utflykten. Skriv anvisningar till de anställda om behovet av stöd för läkemedelsbehandling eller behandling av sjukdom.

(T.ex. hur deltagaren ser till att ta sina läkemedel och sköta sin sjukdom, hurdan stöd och hurdan hjälp deltagaren behöver, vilka symptom eller biverkningar det är skäl att följa upp, sådant som bör observeras i uppbevaringen av läkemedlet/läkemedlen.)

Vårdnadshavarna/intressebevakarna kontaktas i följande situationer

☐ Jag har gett all nödvändig information för att stöda deltagarens läkemedelsbehandling.

____ / ____

datum Vårdnadshavarens/intressebevakarens/den myndiga deltagarens underskrift och
namnförtydligande

Vårdnadshavarens/intressebevakarens/kontaktpersonens uppgifter under verksamheten
