

# Barn med astma/allergi

Namn:.....Födelsedata:.....

Tfn Hem:.....

Mobil:.....

Tfn mammas arbete:.....

Tfn pappas arbete:.....

Tfn Annan person att ringa till:.....

Detta ska ni veta om min:                      astma                          allergi   

Jag får astma/allergi av:

.....  
.....  
.....

När jag får besvär brukar jag reagera så här:

.....  
.....

Mina mediciner är:

.....  
.....

Innan lek och ansträngning kan ni ge mig:

.....

Får jag astmabesvär ge mig:

.....

Jag/vi som förälder ger personalen rätt att ge mitt barn läkemedel enl.  
ovanstående ordination.

Datum .....Vårdnadshavarens underskrift:.....

Vårdnadshavarens underskrift:.....

Tfn nummer till Sjukvårdsupplysningen.....**1177**.....