



## ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE, KTERÉ UŽÍVÁ LÉKY NEBO JE ALERGICKÉ

Jméno: .....

Příjmení: .....

Hmotnost dítěte: .....

**Odevzdat při  
odjezdu na tábor!**

### Tabulka podávaných léků:

Přesný název léčiva	Pravidelně/ při obtížích	Poznámka (před/po jídle...)	Dávkování		
			Ráno	Poledne	Večer

### Alergie:

Na:	Případné řešení:

*Příklad vyplnění tabulky:*

Přesný název léčiva	Pravidelně/ při obtížích	Poznámka (před/po jídle...)	Dávkování		
			Ráno	Poledne	Večer
Alerid 10mg	pravidelně		1/2	0	1/2
Olynth	Při obtížích	Maximálně 3x denně			