



Luleå kommun

2013-11-08

EGENVÅRD Överenskommelse

Behandlande läkare: _____

För vårt barn/elev önskar vi hjälp med _____
Barnets/elevens namn _____

Barnets/elevens personnummer _____

Ange tidsperiod eller tills vidare _____

Anvisning. (Vad ska utföras som egenvård, hur och när.)

Datum _____

Vårdnadshavares namnteckning _____

Telefonnr: _____ Mobilnr: _____

Vårdnadshavares namnteckning _____

Telefonnr. _____ Mobilnr. _____

Jag har tagit del av informationen

Repr. från personalgruppen, namnteckning _____

Namnförtydligande _____

Ansvarig chef i förskola/skola _____

Kopia till vårdnadshavare och berörd personal