

**Uppgifter om barnet/eleven**

Namn	
Personnummer	
Förskola/skola	
Avdelning/klass	
Läsår eller begränsad tidsperiod då denna överenskommelse gäller	

**Uppgifter om vårdnadshavare**

Namn vårdnadshavare 1		
Telefonnummer (ange telefonnummer dagtid och mobilnummer)		
Namn vårdnadshavare 2		
Telefonnummer (ange telefonnummer dagtid och mobilnummer)		

**Rektor**

Namn	
Telefonnummer	

**Vårdnadshavare**

Vårdnadshavare kan överlåta egenvårdsinsatser till förskole- och skolpersonal. Denna överenskommelse utgör en bilaga till barnets/elevens egenvårdsplan/läkarintyg.

Egenvårdsplanen utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal inom sjukvården och ska tydliggöra vilka egenvårdsinsatser som personal ska utföra och vilka åtgärder som ska vidtas om barnets/elevens hälsotillstånd förändras. Vårdnadshavare informerar och instruerar personal samt ansvarar för att hålla denna blankett, läkemedel och material uppdaterade.

Genom att lämna in denna blankett samtycker vårdnadshavaren till att berörd personal får informeras om barnets egenvård.

Överenskommelsen gäller under ett läsår. Ny överenskommelse ska upprättas vid förändring, inför nytt läsår och vid byte av skola.

### Samtycke

- Vi samtycker till informationsutbyte och samråd mellan rektor/personal med egenvårduppdrag och behandlande läkare.
- Vi samtycker inte till informationsutbyte mellan rektor/personal med egenvårduppdrag och behandlande läkare.

### Kryssa i vilket dokument som ligger till grund för denna överenskommelse

- Egenvårdsplan från hälso- och sjukvården
- Läkarintyg

### Beskriv egenvårdsinsatser

Beskriv egenvårdsinsatser som förtydligande krävs utifrån vad som framgår i egenvårdsplanen/läkarintyget. Exempel: varför ska medicin intas, vilken medicin och dos, när ska medicinen tas, hur ska medicinen förvaras?

### Omedelbara åtgärder vid förändrat hälsotillstånd eller barnet eleven inte vill ta sin medicin

Vad ska personal med egenvårdsuppdrag göra vid ett förändrat hälsotillstånd? Vad gör personal om barnet/eleven inte vill ta sin medicin? Vem ska kontaktas?

### Övriga tillägg/kommentarer

--

### Datum och underskrift

\_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_  
Underskrift vårdnadshavare 1

\_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_  
Underskrift vårdnadshavare 2

### Blanketten lämnas till rektor.

Uppgifterna i denna blankett kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i den allmänna dataskyddsförordningen. För mer information om behandlingen av personuppgifter och dina rättigheter som registrerad, vänligen besök kommunens hemsida [www.bjuv.se/personuppgifter](http://www.bjuv.se/personuppgifter) Genom din signatur medger du att du har tagit del av ovanstående information avseende behandlingen av dina personuppgifter av barn- och utbildningsnämnden i Bjuvs kommun.

Version	Blanketten skapades	Ansvarig för blanketten
1	2022-11-09	Utbildningsförvaltningen

## Nedanstående del fylls i av förskola/skola

### Egenvårdsuppdraget gäller

Från och med	Till och med
--------------	--------------

### Namn på personal som får utföra egenvården

Jag accepterat att utföra egenvårdsinsatser enligt barnets/elevens egenvårdsplan/läkarintyg och denna överenskommelse

### Underskrifter

Underskrift personal	Namnförtydligande
Underskrift personal	Namnförtydligande
Underskrift personal	Namnförtydligande
Underskrift personal	Namnförtydligande
Underskrift personal	Namnförtydligande

### Dokumentation

Original läggs i barnakt/elevakt	<input type="checkbox"/>
Kopia till rektor	<input type="checkbox"/>
Kopia till vårdnadshavare	<input type="checkbox"/>