

≡ Jag har astma ≡



Namn: _____ Födelsedata: _____

 Hem: _____

 Mammas arbete: _____

 Pappas arbete: _____

 Annan person att ringa till: _____

Jag får astma 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 har också följande allergi/allergier: _____

Jag som förälder ger personalen rätt att ge mitt barn läkemedel enligt ovanstående ordination:

Datum och namn: _____

 Min vårdcentral/barnmottagning: _____

 Hem: _____

