

# terapikolonier

Tjärhovsgatan 32  
116 21 Stockholm  
08-556 93 196  
info@terapikolonier.se  
www.terapikolonier.se

## Medicinlista

**Terapikolonigrupp:**

**Deltagarens namn:**

**Personnummer:**

All medicin för perioden ska medföras i dos Disp eller i dosett som lämnas till ansvarig behandlare vid avresan.

**Barnet har följande medicin/er:**

Medicin	Styrka i mg eller g	Ordinarie läkares namn (se medicinburk) adress/sjukhus, telefonnr.

**Dosering** ( antal tabletter, ml eller droppar enligt nedanstående klockslag )

Medicin	07.00 - 09.00	11.00 - 13.00	16.00 - 18.00	20.00 - 22.00

## **terapikolonier**

Tjärhovsgatan 32  
116 21 Stockholm  
08-556 93 196  
info@terapikolonier.se  
www.terapikolonier.se

**Förälder / Vårdnadshavares namn:**

**Adress:**

**Tel bostad:**

**Tel arbete:**

Personalen ansvarar för mitt barns mediciner under perioden

Underskrift förälder/vårdnadshavare