РАЗРЕШЕНИЕ НА ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В случае необходимости оказания неотложной медицинской помощи в мое отсутствие я разрешаю лицам, предоставляющим временный уход, применять любые процедуры по оказанию неотложной медицинской помощи, которые могут понадобиться для обеспечения здоровья и благополучия:

_____
Имя и фамилия лица, имеющего инвалидность

_____
Подпись родителя или опекуна

_____
Дата

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ УКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Настоящим я разрешаю лицам, предоставляющим временный уход, применять нижеперечисленные медицинские препараты, назначенные врачом _____.
(Имя и фамилия лица, имеющего инвалидность)

(Имя и фамилия)	(Дозировка)	(Когда)

_____
Подпись родителя или опекуна

_____
Дата

Приложите копии всех рецептов, в том числе для препаратов, принимаемых по мере необходимости. Этикетка на препарате должна соответствовать рецепту.

Представитель сотрудников,
предоставляющих временный уход: _____
Имя и фамилия