

# Handlingsplan för barn med blödarsjuka



## Barnet

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Diagnos: \_\_\_\_\_

## Viktig information

Viktig information till skolans personal, till exempel barnets behov av hjälp och medicinering, kontaktuppgifter till föräldrarna som alltid ska kontaktas vid blödning, särskilda behov vid utflykter och friluftsdagar samt annan viktig information.

## Vårdnadshavare

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer/postadress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

## Annan kontaktperson

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer/postadress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Relation till barnet: \_\_\_\_\_

## Koagulationsmottagning

Mottagningens namn: \_\_\_\_\_

Läkare: \_\_\_\_\_

Sjuksköterska: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handlingsplanen är upprättad: \_\_\_\_\_

Datum

Vi är överens om innehållet:

\_\_\_\_\_  
Signatur vårdnadshavare

\_\_\_\_\_  
Signatur skola

