Palveluntuottaja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palautusosoite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

koulutus / ammattinimike koko nimi ja syntymäaika

on suorittanut Etelä-Karjalan hyvinvointialueen edellyttämät lääketentit ja antanut tarvittavat näytöt osaamisestaan.

**Lääkehoitoon kouluttamattoman lupa on voimassa viisi (5) vuotta lääkärin allekirjoituspäivästä.**

Lupa on voimassa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ asti.

**Opiskelijan** **lupa on voimassa valmistumispäivään asti tai enintään \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ saakka**.

**Tämä lupa oikeuttaa** (rasti oikeat vaihtoehdot):

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän valmiiksi jaetun lääkkeen luonnollista tietä

(luonnollista tietä: tabletit, kapselit, liuokset, silmä- ja korvatipat, voiteet, laastarit ja peräpuikot)

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän PKV-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä (poikkeustilanteet)

**Päivämäärä:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KURSSI | TENTIT | HYVÄKSYJÄ |
| LOP | Teoria: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  Laskut: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PKV | \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GER 1 | \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PSYK | 1: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  Laskut: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **LÄÄKKEIDEN ANTAMINEN POTILAALLE/ASIAKKAALLE** | **PKV-LÄÄKKEEN ANTAMINEN**  **(poikkeustilanteet)** |
| 1.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike  2.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike  3.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike | 1.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike  2.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike  3.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike |

Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassaoleva lääkelupa.