



Eyðublað vegna ofnæmis eða fæðuóþols

Nafn barns	Kennitala
Nafn foreldris/forráðamanns:	Símanúmer sem ALLTAF er hægt að ná í:
Nafn foreldris/forráðamanns:	Símanúmer sem ALLTAF er hægt að ná í:

Tegund ofnæmis/óþols:

<input type="checkbox"/> Jarðhnetuofnæmi <input type="checkbox"/> Fiskofnæmi <input type="checkbox"/> Eggjaofnæmi <input type="checkbox"/> Hveiti/glútenóþol <input type="checkbox"/> Kíwíofnæmi <input type="checkbox"/> Annað _____			<input type="checkbox"/> Trjáhnetuofnæmi <input type="checkbox"/> Skelfiskofnæmi <input type="checkbox"/> Hveitiofnæmi <input type="checkbox"/> Mjólkuróþol <input type="checkbox"/> Sítrusofnæmi		
Bráðaofnæmi <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Ofnæmissprauta á skrifstofu <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Fylgir barni í tösku <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei			
Tímabil (tímabundið ástand) Dagsetning ____/____/20____	Læknisvottorð <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei Læknir: _____				
Stutt lýsing á ofnæmi/óþoli: _____ _____ _____ _____					
Staður og dagsetning	Staðfesting foreldris/forráðamanns				

Matseðli verður ekki breytt nema læknisvottorð liggi fyrir.

Athugið: Endurnýja þarf árlega ofangreindar upplýsingar.