

Toestemmingsformulier toedienen van medicatie



Naam kind:

Naam ouder/ verzorger:

Middels dit formulier geeft bovengenoemde ouder/ verzorger toestemming om zijn of haar kind tijdens de opvang het hieronder genoemde medicijn toe te dienen.

| | |
|---|--|
| Naam medicijn: | |
| Medicijn wordt verstrekt door: <input type="checkbox"/> arts <input type="checkbox"/> apotheek <input type="checkbox"/> ouder | |
| Dosering | |
| Tijd | |
| Wijze van toedienen | <input type="checkbox"/> via ogen <input type="checkbox"/> via mond <input type="checkbox"/> via anus <input type="checkbox"/> via neus <input type="checkbox"/> via oor <input type="checkbox"/> via huid <input type="checkbox"/> anders namelijk..... |
| Bijzonderheden (bijv.uur voor of na het eten, niet i.c.m. melkproducten, zittend of liggend.) | |
| Medicijn wordt bewaard | <input type="checkbox"/> in de koelkast <input type="checkbox"/> naast de koelkast |

De ouder is bekend met de werking van het medicijn op zijn kind en heeft dit reeds zelf toegediend. De pedagogisch professional heeft de houdbaarheidsdatum van de medicijnen gecontroleerd en is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het toegediende medicijn.

Voor akkoord

Datum, plaats

Handtekening ouder/ verzorger

Handtekening pedagogisch professional

.....

.....