



## MEDICIJN TOEDIENING

### Ondergetekende,

Mevrouw / de heer .....bereikbaar op  
telefoonnummer.....

Ouder / verzorger van (voor- en achternaam kind).....

geb. datum...../...../..... Geplaatst in groep.....

naam huisarts .....

### Geeft hierbij het volgende door:

- ❖ Bovenstaand kind moet ..... keer per dag het volgende medicijn toegediend krijgen ..... ( naam medicijn)
- ❖ Als gevolg van ..... (naam aandoening/ziekte)
- ❖ Het tijdstip van toediening is om .....uur.
- ❖ De hoeveelheid per keer is .....
- ❖ De wijze van gebruik is .....
- ❖ De ingangsdatum is per .....
- ❖ Het medicijn moet als volgt bewaard worden .....
- ❖ Met dit medicijn moet gestopt worden per .....
- ❖ Eventuele bijwerkingen van dit medicijn zijn: .....
- ❖ De volgende maatregelen dienen genomen te worden als het kind anders reageert op de medicijnen dan verwacht .....

### En gaat akkoord met de volgende voorwaarden:

- ❖ Het medicijn zit in de originele verpakking.
- ❖ Er zit een bijsluiters in de verpakking.
- ❖ De naam van het kind is vermeld op het doosje, tube of flesje.
- ❖ De ouder / verzorger is verantwoordelijk voor het bewaken van de houdbaarheidsdatum.
- ❖ De ouder / verzorger is verantwoordelijk voor het doorgeven van wijzigingen; in die gevallen wordt een nieuw formulier gebruikt.
- ❖ De ouder / verzorger neemt per keer dat het kind op het kindercentrum / bso komt het medicijn mee en weer terug naar huis.
- ❖ Ouder / verzorger weet dat als er iets met het kind gebeurt dat in relatie staat tot bovenstaand medicijn, Kinderopvang "het Paleis" en de betrokken medewerker niet verantwoordelijk of aansprakelijk kan worden gesteld.
- ❖ Bij onvoldoende bevoegd en bekwaam personeel, worden medische handelingen uitbesteed aan derden of moet u als ouders het zelf toedienen.

Naam ondergetekende ouder/verzorger

Handtekening

.....

.....

Naam medewerker

Handtekening

.....

.....