



MEDICIJN TOEDIENING

Ondergetekende,

Mevrouw / de heerbereikbaar op
telefoonnummer.....

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

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

naam huisarts

Geef 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 omuur.

_ 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 kinderdagverblijf / 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 Kakelbont 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 groepsleidster Handtekening

.....