

Formulier medicijn gebruik

1.
Hierbij geeft ouder/verzorger van toestemming om zijn/haar kind tijdens het verblijf bij het kindercentrum De Verborgen Schat het hierna genoemde geneesmiddel/zelfzorgmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind.

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift -zie etiket van de verpakking- dan wel het verzoek van de ouders (zelfzorgmedicatie)

2.
Naam geneesmiddel 1 / zelfzorgmiddel:.....
Naam geneesmiddel 2 / zelfzorgmiddel:.....

3.
Indien geneesmiddel antibiotica of penicilline betreft: Heeft uw kind al eerder dergelijk medicijn voorgeschreven gekregen? Heeft hij/zij hierop een allergische reactie vertoond?

.....

4.
Het geneesmiddel / zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:
- naam en telefoonnr. behandelend arts:.....
- naam en telefoonnr. apotheek:.....
- op aanwijzing van ouder/verzorger:.....

5.
Het geneesmiddel 1 /zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt van (begindatum)..... tot(einddatum)
Het geneesmiddel 2 /zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt van (begindatum)..... tot(einddatum)

6.
Dosering te geven op het kindercentrum:.....

7.
Tijdstip:

Naam medicijn	8 - 9 uur	12 - 13 uur	14 – 15 uur	16 - 18 uur

Bijzondere aanwijzingen: (bijv.uur voor/na de maaltijd, niet met melkproducten geven, zittend, liggend, staan, op schoot)

8.
Wijze van toediening:.....
(bv. via mond – neus – oog – oor – huid – anaal - anders)

9.
Het geneesmiddel / zelfzorgmiddel zal worden toegediend door (naam pedagogisch medewerkers):.....

10.
Het geneesmiddel /zelfzorgmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats: (koelkast of andere plaats).....de naam van het kind wordt op het doosje vermeld!

11.
Het geneesmiddel 1 /zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met
(houdbaarheidsdatum)

Het geneesmiddel 2 /zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met
(houdbaarheidsdatum)

12.
Het kindercentrum kan bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact opnemen met de behandelend arts en/of apotheker.

13.
Het kindercentrum is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel / zelfzorgmiddel.

Voor akkoord;

Plaats en datum:.....

Naam ouder / verzorger:

Handtekening ouder/ verzorger:

.....

.....

Namens kindercentrum De Verborgen Schat;

Naam pedagogisch medewerker:

Handtekening pedagogisch medewerker:

.....

.....