

## TOESTEMMINGSFORMULIER GEBRUIK MEDICIJNEN

Hierbij geeft ....., ouder/ verzorger van ....., (naam kind) van groep: ..... toestemming om tijdens het verblijf bij kindercentrum 't Kickertje het hierna genoemde medicijn toe te dienen. Het medicijn wordt toegediend conform het doktersvoorschrift - zie etiket op de verpakking. Het medicijn dient in originele verpakking aangeleverd te worden.

U blijft als ouder verantwoordelijk voor de verstrekking van medicatie.

1. Naam medicijn /zelfzorgmiddel:.....
2. Beschrijving van de ziekte of aandoening waarvoor de toediening van het medicijn nodig is:  
.....
  - a. Voorgeschreven door huisarts/ kinderarts/ of anders:  
.....
3. Medicijn dient te worden verstrekt:
  - a. Van (begindatum): .....
  - b. Tot (einddatum): .....
  - c. Houdbaarheidsdatum: .....
4. Dosering: .....
5. Tijdstip:  
Uur: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 (omcirkelen)  
Bijzondere aanwijzingen: .....  
( bijv. voor/na de maaltijd, niet met melkproducten geven, nadien een slokje water)
6. Wijze van toediening/aanbrengen: .....  
( bijv. via mond, neus, oor, oog, huid)
7. Het medicijn dient bewaard te worden op de volgende plaats (koelkast of andere plaats):  
.....

**Voor akkoord,**

Plaats en datum: .....

Handtekening ouder / verzorger: .....

Namens Stichting Kinderopvang 't Kickertje:

Plaats en datum: .....

Naam pedagogisch medewerker: .....

Proceseigenaar	Code	Versienummer:	Datum:	Pagina:
Locatiemanager	FOR-023	7.0	01-07-2022	1 van 2

Medicijn gekregen:				Door:				
Datum:								
Tijdstip:								
Paraaf:								

Medicijn gekregen:				Door:				
Datum:								
Tijdstip:								
Paraaf:								

Medicijn gekregen:				Door:				
Datum:								
Tijdstip:								
Paraaf:								

Medicijn gekregen:				Door:				
Datum:								
Tijdstip:								
Paraaf:								

Medicijn gekregen:				Door:				
Datum:								
Tijdstip:								
Paraaf:								