

Bewaarplaats (omcirkel van toepassing):	Koelkast/medicijnkastje
Dosering:	
Aantal keer per dag:	
Tijdstip(pen) toedienen:	
Indien geen vast tijdstip, medicatie toedienen bij de volgende symptomen:	
Overige bijzonderheden: Eventuele bijwerkingen/reacties van het kind	
<u>Ondergetekende bevestigt en gaat akkoord met de volgende voorwaarden:</u> - Het geneesmiddel zit in de originele verpakking (m.u.v. de puffer, deze mag al in het hulpmiddel zitten) - Er zit een bijsluiter in de verpakking - De naam van het kind staat vermeld op het doosje, tube, etc. - Ondergetekende is verantwoordelijk voor het bewaken van de houdbaarheidsdatum. - Ondergetekende is verantwoordelijk voor het doorgeven van wijzigingen. Bij een wijziging wordt altijd een nieuw formulier ingevuld.	
Ondertekening voor akkoord door ouder(s)/verzorger(s): Naam ouder/verzorger:	
Plaats:	Datum:
Namens Stichting Kinderopvang 't Kickertje: Naam pedagogisch medewerker:	
Plaats:	Datum:
Gezien door (assistent) locatiemanager (paraaf):	

Medicijn toegediend							
Datum:							
Tijdstip:							
Dosering:							
Naam medewerker:							
Paraaf:							

AFTEKENLIJST MEDICATIE

Naam kind: _____

Geboortedatum: _____

Naam medicijn: _____

Maand: _____

Medicijn toegediend							
Datum:							
Tijdstip:							
Dosering:							
Naam medewerker:							
Paraaf:							

Medicijn toegediend							
Datum:							
Tijdstip:							
Dosering:							
Naam medewerker:							
Paraaf:							

Medicijn toegediend							
Datum:							
Tijdstip:							
Dosering:							
Naam medewerker:							
Paraaf:							

Medicijn toegediend							
Datum:							
Tijdstip:							
Dosering:							
Naam medewerker:							
Paraaf:							

Medicijn toegediend							
Datum:							
Tijdstip:							
Dosering:							
Naam medewerker:							
Paraaf:							

Afgerond formulier naar kwaliteitsmedewerker, scannen en formulier kan vernietigd worden op locatie.

<i>Proceseigenaar</i>	<i>Code</i>	<i>Versienummer:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Pagina:</i>
Locatiemanager	FOR-023	8.0	21.03.2025	3 van 3