

## TOESTEMMINGSFORMULIER GEBRUIK MEDICIJNEN

| Gegevens van ouders/verzorgers en kind  |  |
|---|--|
| Naam kind:  |  |
| Naam ouder/verzorger:   |  |
| Geboortedatum:  |  |
| Groep:  |  |
| Telefoonnummer:   |  |
| <p>Ouder/verzorger geeft hiermee toestemming het volgende geneesmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind. Zonder een volledig ingevuld formulier kunnen wij de medicatie niet toedienen. Bij onduidelijkheid of onvolledigheid kunnen wij geen opvang bieden totdat het formulier juist is ingevuld en wij de gezondheid van uw kind kunnen waarborgen en de veiligheid van onze medewerkers gegarandeerd is. Wij verwijzen hierbij naar de algemene voorwaarden 10.2 <a href="https://kickertje.nl/wp-content/uploads/2024/12/Kickertje-Algemene-voorwaarden-januari-2025.pdf">https://kickertje.nl/wp-content/uploads/2024/12/Kickertje-Algemene-voorwaarden-januari-2025.pdf</a></p> |  |
| Gegevens voorgeschreven geneesmiddel  |  |
| Naam middel:  |  |
| Op voorschrift van:   | <input type="checkbox"/> Huisarts<br>Naam:<br><input type="checkbox"/> Kinderarts<br>Naam:<br><input type="checkbox"/> Anders: |
| Beschrijving van de ziekte of aandoening waarvoor de toediening van het medicijn is:  |  |
| Periode van toedienen:  | Van _____ tot _____  |
| Bewaartermijn na openen:<br><br>In het ouderportaal wordt een reminder geplaatst zichtbaar voor de medewerker wanneer de bewaartermijn verloopt.  |  |
| Houdbaarheidsdatum (bij medicatie die toegediend dient te worden wanneer daar aanleiding toe is, denk aan een allergische reactie):<br><br>Tip voor ouder/verzorger: noteer deze datum in uw agenda   |  |
| Geplande datum evaluatie toediening (bij langdurige medicatie na een jaar):   |  |

| Proceseigenaar | Code    | Versienummer: | Datum:     | Pagina: |
|----------------|---------|---------------|------------|---------|
| Locatiemanager | FOR-023 | 9.0           | 04.03.2026 | 1 van 3 |

|   |  |
|---|--|
| Bewaarplaats (omcirkel van toepassing):   | Koelkast/medicijnkastje/anders (benoem hieronder welke plek) |
| Dosering:   |  |
| Wijze van toedienen (bijv. via neus, mond, oor, oog, huid):   |  |
| Aantal keer per dag:  |  |
| Tijdstip(pen) toedienen:  |  |
| Indien geen vast tijdstip, medicatie toedienen bij de volgende symptomen:   |  |
| Overige bijzonderheden:<br>Eventuele bijwerkingen/reacties van het kind   |  |
| <p><u>Ondergetekende bevestigt en gaat akkoord met de volgende voorwaarden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het geneesmiddel zit in de originele verpakking (m.u.v. de puffer, deze mag al in het hulpmiddel zitten)</li> <li>Er zit een bijsluiter in de verpakking</li> <li>De naam van het kind staat vermeld op het doosje, tube, etc.</li> <li>Ondergetekende is verantwoordelijk voor het bewaken van de houdbaarheidsdatum.</li> <li>Ondergetekende is verantwoordelijk voor het doorgeven van wijzigingen. Bij een wijziging wordt altijd een nieuw formulier ingevuld.</li> </ul> |  |
| <p><b>Ondertekening voor akkoord door ouder(s)/verzorger(s):</b></p> <p>Naam ouder/verzorger:</p>   |  |
| Plaats:   | Datum:   |
| <p>Namens Stichting Kinderopvang 't Kickertje:</p> <p>Naam pedagogisch professional:</p>  |  |
| Plaats:   | Datum:   |
| <p>Gezien door collega pedagogisch professional (paraaf):</p>   |  |

| Medicijn toegediend |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Datum:              |  |  |  |  |  |  |  |
| Tijdstip:           |  |  |  |  |  |  |  |
| Dosering:           |  |  |  |  |  |  |  |
| Naam professional:  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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:             |  |  |  |  |  |  |  |

Afgerond formulier naar kwaliteitsmedewerker. Bij langdurige medicatie elke maand nieuwe aftekenlijst toevoegen. Na jaarlijkse evaluatie en/of wijzigingen (bijv. houdbaarheidsdatum) nieuw formulier invullen, oude formulier inleveren bij kwaliteitsmedewerker.