



Toestemmingsformulier medicijntoediening

Gegevens van ouder / verzorger die de toestemming mag verlenen:

Naam:

Adres:

Postcode / woonplaats:.....

Tel.nr. werk

Tel. nr. thuis / mobiel.....

Naam van het kind:Geboortedatum:

Stamgroep:

Hierbij geef ik de pedagogisch medewerker, van De Droomengeltjes,
toestemming om mijn kind het hierna beschreven medicijn toe te dienen

Naam medicijn (in originele verpakking met bijsluiter):

Waarvoor wordt het medicijn gegeven:

WIJZE VAN TOEDIENEN:

O via mond

O via oog (links/ rechts/ beiden)

O via anus

O via oor (links/ rechts/ beiden)

O via neus

O via huid

.....

.....

Dosering van het medicijn:

Hoe vaak toedienen tijdens de opvang: Op welke dagen.....

Tijden.....

Waar moet het medicijn bewaard worden:

Bijwerkingen van het medicijn en andere wetenswaardigheden:.....

Datum tot wanneer deze toestemming wordt verleend:

Het medicijn wordt verstrekt op voorschrift van:

1. Naam en tel.nr. behandelend arts:.....
2. Naam en tel.nr apotheek:.....
3. Op aanwijzing/verzoek van ouder/verzorger zelf

Met ondertekening verklaar ik dat dit medicijn de eerste keer thuis is toegediend.

Ondergetekende weet dat, als er iets gebeurt dat in relatie staat tot de bovenstaande handeling en eventuele bijwerkingen, Kinderdagverblijf De Droomengeltjes en haar medewerkers niet verantwoordelijk of aansprakelijk gesteld kunnen worden.

Aldus in tweevoud opgemaakt te: Datum:.....

Handtekening ouder / verzorger:

Handtekening ped.medewerker:
