

Mei 2016

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

naam : _____
geboortedatum: _____
adres: _____
postcode en plaats: _____
naam ouder(s)/verzorger(s): _____
telefoon thuis: _____
telefoon werk: _____
naam huisarts: _____
telefoon: _____
naam specialist: _____
telefoon: _____

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

Naam van het medicijn:

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

_____ uur
_____ uur
_____ uur
_____ uur

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

Dosering van het medicijn:

Wijze van toediening:

Wijze van bewaren:

Controle op vervaldatum door: _____ (Ped. medewerker)

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemd kind, geeft hiermee aan de kinderopvangorganisatie c.q. de hieronder genoemde pedagogisch medewerker die daardoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming

voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

Naam ouder/verzorger: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Medicijninstructie

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op:

_____ (datum)

Door:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (instelling)

Aan:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____