

Toestemmingsformulier – Medicatie toedienen

Gegevens ouder(s)/verzorger(s)

Voornaam: _____ Achternaam: _____

Klantnummer: _____ Datum invullen formulier: _____

Gegevens kind

Voornaam: _____ Achternaam: _____

Geboortedatum: _____ o Jongen o Meisje _____

Hierbij geef ik toestemming om mijn kind hierna genoemde medicijn(en) toe te dienen. Het medicijn wordt toegediend conform het doktersvoorschrift/bijsluiten van mijn (ouder/verzorger) aanwijzingen.

1. Naam medicijn: _____
2. Reden gebruik: _____
3. Het medicijn wordt verstrekt op voorschrift van: _____
 - o Naam en telefoonnummer behandelend arts: _____
 - _____
 - o Naam en telefoonnummer apotheek _____
 - _____
 - o Op eigen verzoek ouder
4. Het medicijn dient gebruikt te worden van _____ (begindatum) - _____ (einddatum).
5. Dosering, moment en manier van toedienen _____
- _____
- _____

Bij twijfel of onduidelijkheid wordt direct met de ouder/verzorger contact opgenomen.

Wanneer bijwerkingen optreden als gevolg van het toedienen van het medicijn, draagt de ouder/verzorger hier de eindverantwoordelijkheid voor.

Door het ondertekenen van dit formulier geeft de ouder/verzorger toestemming om deze gegevens te registreren en te gebruiken ten behoeve van de opvang, verzorging, begeleiding en ontwikkeling van het kind.

Ondertekening ouder/verzorger

Datum _____

Naam _____

Handtekening _____