

Verklaring Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

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

naam kind: _____
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 _____ (paraaf uitvoerende)
Uur _____ (paraaf uitvoerende)
Uur _____ (paraaf uitvoerende)
Uur _____ (paraaf uitvoerende)

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: _____ (naam)

functie: _____

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemd kind, geeft hiermee aan Kinderopvang De Theepot c.q. de hieronder genoemde groepsleid(st)er die daarvoor 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: _____