

Formulier voor het toedienen van medicijnen



Het kan voorkomen dat uw zoon/dochter medicatie nodig is tijdens zijn/haar verblijf bij De Hooiberg. Binnen kinderopvang De Hooiberg is het mogelijk om doormiddel van onderstaand formulier volledig in te hebben gevuld dat uw zoon/dochter medicatie krijgt toegediend tijdens zijn/haar verblijf in kinderopvang De Hooiberg. Door ondertekening van dit formulier geeft u als ouder/verzorger toestemming dat de pedagogisch medewerker het beschreven medicijn toedient. De ouders zijn en blijven verantwoordelijk voor de toediening van het medicijn of zelfzorgmiddel. De hooiberg is niet aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel/zelfzorgmiddel. Bij twijfel of onduidelijkheid zal de leidinggevende van De Hooiberg zelf contact opnemen met de behandelend arts en of apotheker. De ouder/verzorger is verantwoordelijk voor het bewaken van de houdbaarheidsdatum. Medicijnen waarvan de houdbaarheidsdatum is verstreken, zullen niet worden verstrekt en dienen door de ouders weer mee naar huis genomen te worden. Dit formulier dient ingevuld te worden voor medicatie op doktersschrift, als voor homeopathische en zelfzorgmiddelen. Er wordt binnen kinderopvang De Hooiberg **geen** paracetamol toegediend. De medicijnen dienen aangeleverd te worden in de originele verpakking en met de bijsluiter.

Naam ouder:.....

Naam kind:.....

Naam geneesmiddel/zelfzorgmiddel:.....

Dit medicijn wordt toegediend als gevolg van:

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

O naam en telefoonnummer behandelend arts:.....

O op aanwijzing van ouder/verzorger zelf:.....

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt van:...../.../.....tot:...../...../.....

Dosering:.....

Tijdstip(pen) van toediening:.....

Bijzondere aanwijzingen voor toedienen: bijvoorbeelduur voor/na de maaltijd; niet met melkproducten geven; zittend enz.:

.....



Hoe moet het medicijn worden toegediend? (via mond, oog,)

.....

Waar dient het geneesmiddel/zelfzorgmiddel bewaard te worden?:

.....

Voor akkoord,

Plaats en datum:/...../.....

Naam ouder/verzorger:.....

Handtekening ouder/verzorger:.....

Namens De Hooiberg

Plaats en datum: De Pollen/...../.....

Naam leidinggevende/pedagogisch medewerker:.....

Handtekening leidinggevende/pedagogisch medewerker:.....