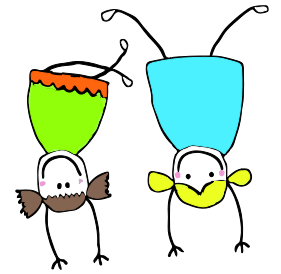


Verklaring medicijnverstrekking



Bij de meiden

Kinderopvang

In te vullen door de groepsleid(st)er:

Invaldatum: _____ Geldig tot: _____

Kopie recept aanwezig Ja/Nee*

Gebruiksaanwijzing aanwezig Ja/Nee*

*doorhalen wat niet van toepassing is.

Naam ouder/verzorger: _____

Naam kind: _____

Groepsleid(st)ers: _____

Bovengenoemde ouder/verzorger geeft, door middel van het ondertekenen van deze verklaring, toestemming om bij bovengenoemd kind tijdens het verblijf bij bovengenoemde groepleid(st)ers het hierna genoemde medicijn/zelfzorgmiddel toe te dienen. Het medicijn/zelfzorgmiddel wordt toegediend conform de op de bijsluiter en/of etiket vermelde dosering.

- Naam medicijn/zelfzorgmiddel:

- Het medicijn/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van: _____ (naam behandelend arts/op aanwijzing van ouders zelf)
- Het medicijn/zelfzorgmiddel dient als volgt te worden verstrekt:

Dosering: _____

Begin datum: ____-____-____ Eind datum: ____-____-____ Tijdstip: _____

- Wijze van toediening:

Via de mond Via het oog Via de anus
 Via de neus Via het oor Via de huid

- Opmerkingen bij toediening:

- Het medicijn/zelfzorgmiddel dient te worden bewaard op de volgende plaats: _____ (koelkast of andere plaats)
- Het medicijn/zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met: _____ (houdbaarheidsdatum)
- Eventuele bijzonderheden:

Voor akkoord:

Datum: _____

Plaats: _____

Naam ouder/verzorger: _____

Handtekening ouder/verzorger: _____

Handtekening groepleid(st)er: _____