Medicatie formulier “De Bezige Bijtjes”

Hierbij geeft ……(naam ouder/verzorger)
Ouder/verzorger van …….. (naam kind)

Toestemming om zijn/haar kind tijdens het verblijf bij kinderdagverblijf “De Bezige Bijtjes” het hierna genoemde medicijn/zelfzorgmiddel toe te dienen. Het medicijn moet in de originele verpakking inclusief bijsluiter overhandigd worden aan de pedagogisch medewerker.

1. Naam geneesmiddel: ……
2. Het geneesmiddel dient te worden verstrekt: van …… tot …….
   Houdbaarheidsdatum geneesmiddel: …….
3. Dosering: ……
4. Tijdstip:

8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00

5. Wijze van toedienening:
   - Via de mond
   - Via neus
   - Anaal
   - Anders: ……
   - Via oor: links / rechts / beide
   - Via de huid: …… (locatie)
   - Via oog: links / rechts / beide
6. Bijzondere aanwijzingen:
   - Zittend op schoot
   - Zittend op stoel
   - Niet met melkproducten geven
   - …….. (aantal) minuten voor / na de maaltijd geven
   - Mogelijke bijwerkingen: ……
   - Staand
   - Liggend
7. Het geneesmiddel dient bewaard te worden:
   - In de koelkast
   - buiten de koelkast
8. Het geneesmiddel is voorgeschreven door:
   - Huisarts: ……..
     (naam)
   - Eigen keus ouders/verzorgers
   - Anders: ……(naam)
9. In geval van calamiteiten benaderen:
   - ……(naam) ……telefoon)

De pedagogisch medewerker zal zo goed mogelijk dienovereenkomstig handelen, overigens zonder dat daarmee kinderdagverblijf “De Bezige Bijtjes”, de personeelsleden of andere medewerkers aansprakelijk kunnen worden gesteld bij mogelijke gevolgen van het niet dienovereenkomstig kunnen handelen. De ouders vrijwaren kinderdagverblijf “De Bezige Bijtjes” voor het verstrekken van onjuiste instructie.

Datum: …….. Plaats: ……

Handtekening: ……

Naam ouder/verzorger: ……

(in te vullen door pedagogisch medewerker)

Voor gelezen en akkoord,

Datum: …….. Plaats: ……..

Handtekening: ……..

Naam pedagogisch medewerker: ……