



Medisch handelingsprotocol – Toestemming medicijnen toedienen

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijnen aan:

Naam kind _____

De medicijnen zijn nodig voor deze beschreven ziekte:

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en plaatsnaam _____

Naam ouder/verzorgers 1 _____

Telefoonnummer _____

Telefoon werk _____

Naam ouder/verzorgers 2 _____

Telefoonnummer _____

Telefoon werk _____

Naam huisarts _____

Adres _____

Postcode en plaatsnaam _____

Telefoonnummer _____

Naam apotheek _____

Telefoonnummer _____

Naam specialist _____

Functie _____

Telefoonnummer _____

Naam medicijn _____

Medicijn dient te worden toegediend in de volgende situaties(s)

Bewaarplaats van het medicijn _____

Wijze van bewaren _____



Dosering van het medicijn

Tijdstip(pen) van toediening

Wijze van toediening

Het medicijn wordt toegediend door:

- De pedagogisch medewerkers
- Het kind zelf (*alleen indien het kind ouder is dan 8 jaar!*)
- _____

Mogelijke bijwerkingen

Controle op vervaldatum door

Bij veranderingen in het medisch handelen vragen ouders/verzorgers aan mentor van het kind een nieuw formulier als deze.

Let op: Medicijnen worden alleen toegediend indien ze in de originele verpakking aangeleverd worden waarop het etiket van apotheek/huisarts duidelijk leesbaar is. Het medicijn moet uiteraard nog houdbaar zijn!

Overig:

- De pedagogisch medewerker neemt contact op met apotheek of behandelend arts bij twijfel of onduidelijkheid
- 't Kroontje is niet aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel.

Aldus overeengekomen te Veghel, d.d. _____

Naam + handtekening ouder/verzorger :

Namens Kinderopvang 't Kroontje:

(Naam + handtekening pedagogisch medewerker)



Medicijn is gegeven

Op datum	Tijdstip	Door	Paraaf