

## Formulier toediening medicijnen

Kinderopvang 't Hummelhuis Heerde

### Gegevens kind

Naam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

### Gegevens ouder

Naam ouder/verzorger: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

### Gegevens medicatie

Naam medicijn: \_\_\_\_\_

Verstrekking op voorschrift van (arts/apotheek/ouder): \_\_\_\_\_

Reden van gebruik: \_\_\_\_\_

Periode: (begindatum) \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ (einddatum)

Dosering: \_\_\_\_\_ Tijdstip(pen): \_\_\_\_\_

Wijze van toedienen (mond/neus/oor/anders): \_\_\_\_\_

Wijze van bewaren (bijv. koelkast): \_\_\_\_\_

Eventuele bijzonderheden of opmerkingen (bijvoorbeeld bijwerkingen of innemen bij eten):  
\_\_\_\_\_

*Ik geef toestemming aan het personeel van Kinderopvang 't Hummelhuis om bovenstaand medicijn toe te dienen aan mijn kind volgens de instructies die ik heb verstrekt. Ik verklaar dat ik de opvang volledig heb geïnformeerd over het gebruik van dit medicijn en ben mij ervan bewust dat de medewerkers geen enkele medische verantwoordelijkheid dragen.*

Voor akkoord, plaats & datum: \_\_\_\_\_

| Naam & handtekening ouder/verzorger      | Naam & handtekening medewerker 't Hummelhuis |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>     |