

2F MEDICATIEFORMULIER

Hierbij verleen ik toestemming aan de pedagogisch medewerkers van de groep om het medicijn toe te dienen. Ik verklaar hierbij dat De Kinderhaven op geen enkele wijze aansprakelijk zal worden gesteld voor eventuele gevolgen na het toedienen van het medicijn, of het niet toedienen van het medicijn. Dit formulier is alleen geldig op onderstaande datum/data. Bij het medicijn dient u de bijsluiter en de originele verpakking mee te nemen. Wij willen jullie vragen om een nieuw medicijn eerst thuis te gebruiken. Wij benadrukken dat wij alleen op doktersadvies paracetamol toedienen.

Naam kind: Groep:.....

Datum invullen formulier:

Naam medicijn:

Houdbaarheidsdatum medicijn: datum.....

Termijn toedienen medicijnen (datum): van: tot

Wijze van toediening:

Dosering:

Tijdstip(pen):.....

Noodtelefoonnummer:

Bewaren medicijn:.....

Aanvullende opmerkingen:

.....

.....

Naam ouder/verzorger:

Handtekening:.....

In te vullen door pedagogisch medewerker

Naam pm-er					
Datum/Tijd toediening medicijn					
Hoeveelheid					

Dit formulier hoeft niet bewaard te worden als het termijn van toedienen is verlopen.