|  |  |
| --- | --- |
| Naam kind |  |
| Geboortedatum kind: |  |
| Datum van invullen verklaring: |  |

Ondergetekenden verklaren dat bij het hierboven genoemde kind het volgende medicijn toegediend dient te worden door de nader genoemde pedagogisch medewerker(s) die de opvang van het kind verzorgen.

**Voorwaarden:**

* De ouder(s) hebben het medicijn al eerder thuis gebruikt.
* Medicatie die NIET in de originele verpakking wordt aangeboden moet door de pedagogisch medewerker geweigerd worden.

**N.B.**

Indien meerdere medicijnen aan een kind dienen te worden toegediend, dan moet voor **elk medicijn** een apart formulier te worden ingevuld en ondertekend.

|  |  |
| --- | --- |
| **Niet-voorbehouden handeling:** O medicijnverstrekking O geven van sondevoedingO toedienen klysmaO gebruik zijligkussen in bed |  O gebruik van helm in bed O vingerprik bloedsuiker O gebruik van spreibroek O anders, nl.:  |
| Naam medicijn: |  |
| Verstrekking van / tot |  / / 20 tot / / 20 (indien het toedienen tijdelijk is) |
| Dosering per keer: |  |
| Tijdstippen van toediening: |  |
| Wijze van toedienen (via mond, neus, huid, etc.): |  |
| Toedienen door: | Pedagogisch medewerker: |
| Bewaarplaats medicijn: | Medicijnkast of koelkast *(doorstrepen wat niet van toepassing is)* |
| Houdbaarheidsdatum medicijn: |  |
| Overige bijzonderheden: |  |

**Ondertekening voor akkoord**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam ouder / verzorger | Datum | Handtekening |
| Naam medewerker | Datum | Handtekening |

| **Datum** | **Tijdstip** | **Gegeven dosis en wijze van toedienen** | **Naam medewerker** | **Paraaf** | **Paraaf collega** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |