Toestemmingsformulier toedienen medicijnen

Naam kind: ……

Geboortedatum: …….. Groep:……

Naam geneesmiddel: ……

Wijze van toedienen geneesmiddel: ……..

Dosering geneesmiddel: ……

Medicijn wordt toegediend van …….…… (begindatum) tot……(einddatum)

Tijdstip(pen): ……

Eventuele bijzonderheden bij toediening……

Houdbaarheidsdatum: …….. Moet in de koelkast bewaard worden: ja/nee

Verstrekkend arts: …….

Telefoonnummer: ……

Wie bellen bij complicaties:…….(naam en telefoonnummer)

In te vullen door pedagogisch medewerker:

Medicijn wordt toegediend door: …….

Waar wordt het medicijn bewaard: …….

Ondergetekende, ouder/ verzorger van het kind, geeft toestemming aan SNO om de genoemde pedagogisch medewerker het genoemde geneesmiddel toe te dienen. De pedagogisch medewerker heeft daarvoor een medicijninstructie gehad over de toediening van het geneesmiddel.

Naam ouder/verzorger	Naam pedagogisch medewerker
…….	…….
Handtekening	Handtekening:
……	……