

FORMULIER TOEDIENING MEDICIJNEN

Beste Ouder, Verzorger,

Soms kan het wenselijk zijn dat een kind medicijnen toegediend krijgt gedurende zijn/haar verblijf in De Kresj. Dat is een GROTE VERANTWOORDELIJKHEID!

Er moet op toegezien worden dat het kind zijn/haar medicijnen op tijd krijgt, en in de juiste hoeveelheid!

Ten behoeve van de gezondheid van uw kind en de 'Risico-inventarisatie: Gezondheid', gelden de hieronder genoemde gegevens en voorwaarden:

1. UITSLUITEND MEDICIJNEN MET BIJSLUITER EN IN ORIGINELE VERPAKKING, en HOUDBAARHEIDSDATUM
2. HET MEDICIJN IS OOK REEDS DOOR OUDER IN THUISITUATIE AAN KIND GEGEVEN
3. PIJNSTILLERS/KOORTSVERLAGEND MEDICIJN ALLEEN OP DOKTERSADVIES VERSTREKT

Hiermede geeft de ouder/verzorger toestemming om medicijnen toe te dienen aan;

Naam Kind:

Naam Medicijn(en):

Bewaaradvies:

Voorschrift, tijdstip/hoeveelheid:

Gegevens huisarts kind:

Naam van Ped.medewerker die medicijn(en) gaat geven:

Naam en handtekening ouder/verzorger:

De ouder/verzorger is ervan op de hoogte dat het gehele TEAM van kinderdagverblijf De Kresj zich niet aansprakelijk stelt voor de eventuele gevolgen van het toedienen van de medicijnen!

De medewerker die het kind verzorgt kan het toedienen van de medicijnen altijd weigeren.

AFVINKLIJST T.B.V. MEDICIJN(EN):

Medicijn aan kind gegeven, tijdstip: _____ uur.

Medicijn aan kind gegeven, tijdstip: _____ uur.

Medicijn aan kind gegeven, tijdstip: _____ uur.