|  |  |
| --- | --- |
| 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 sondevoeding  O toedienen klysma  O 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(s): | |
| 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** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |