

**MEDICATIEFORMULIER**

<b>Naam kind?</b>	
<b>Datum?</b>	
<b>Wat zijn de klachten?</b>	
<b>Soort medicijn?</b>	
<b>Het medicijn mag op het KDV alleen worden toegediend, indien het medicijn thuis al een keer gegeven is aan het kind. Is dit het geval?</b>	
<b>Wijze van toedienen?</b>	
<b>Dosering?</b>	
<b>Op welke tijden moet het medicijn gegeven worden?</b>	
<b>Hoeveel dagen moet het medicijn gebruikt worden?</b>	
<b>Houdbaarheidsdatum?</b>	
<b>Bewaren in de koelkast?</b>	
<b>Noodtelefoonnummer?</b>	
<b>Welke huisarts heeft het kind?</b>	

De originele verpakking en de bijsluiter heb ik meegeleverd.

Hierbij verleen ik toestemming aan de pm'ers van de groep, om het medicijn toe te dienen. Dit formulier geldt zolang 1 soort medicijn meerdere dagen achter elkaar gegeven moet worden.

Ik verklaar hierbij dat het kinderdagverblijf op geen enkele wijze aansprakelijk zal worden gesteld voor eventuele gevolgen na toedienen van het medicijn, of niet toedienen van het medicijn.

Naam ouder/verzorger:

Handtekening:

Onderstaande wordt door de Pedagogisch medewerker ingevuld:

Naam Pedagogisch medewerker	
Datum start medicatie	
Datum beëindiging medicatie	
Pedagogisch medewerker heeft de houdbaarheidsdatum gecontroleerd	
Pedagogisch medewerker heeft de bijsluiter gelezen	

Tijden en paraaf pedagogisch medewerker die medicatie toedienen.

Dag, tijd, paraaf wanneer toegediend is.	Dag, tijd, paraaf wanneer toegediend is.	Dag, tijd, paraaf wanneer toegediend is.	Dag, tijd, paraaf wanneer toegediend is.