

## Overeenkomst gebruik medicijnen

Hierbij geef ik....., ouder/verzorger van..... toestemming het hierna genoemde geneesmiddel/zelfzorgmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind.

Het geneesmiddel wordt toegediend conform doktersvoorschrift, dan wel het verzoek van de ouder(s)/verzorger(s) zelfzorgmedicatie (m.u.v. paracetamol dat wij alleen op doktersvoorschrift toedienen).

### Naam geneesmiddel/zelfzorgmiddel:

.....

Houdbaar tot en met: .....

### Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

Naam en telefoonnummer arts die het voorgeschreven heeft:

naam: .....

telefoonnummer: .....

Naam en telefoonnummer van de apotheek die het verstrekt heeft:

naam:.....

telefoonnummer: .....

Op aanwijzing van ouder(s)/verzorger(s) zelf

### Het geneesmiddel dient te worden verstrekt:

van (startdatum): .....tot (einddatum): .....

Dosering:.....

Tijdstip(pen): .....

### Bijzondere aanwijzingen bij toediening:

(bijv. uur voor/na de maaltijd/niet met melkproducten geven/  
zittend/liggend/staand/koel bewaren, etc.)

.....

.....

### Wijze van toediening: (bijv. via mond- neus- oog- oor- huid- anaal)

.....

### Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel is aangenomen door:

Naam pm'er: .....

### Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient waar te worden bewaard:

.....

*U stemt middels deze ondertekening mee in dat Kinderopvang De Toverdroom bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact mag opnemen met de behandelende arts en/of apotheker.*

*Kinderopvang De Toverdroom is niet aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende middel.*

**Deze medicijnverklaring is na tekenen 1 maand geldig. Na deze maand dient het formulier opnieuw te worden ingevuld.**

Voor akkoord

Naam ouder verzorger: .....

Plaats en datum: .....

Handtekening ouder/verzorger:

