

Verzoek tot medicijntoediening

Hierbij geeft (naam ouder/ verzorger):

Ouder/ verzorger van (naam kind):

Toestemming om zijn/ haar kind tijdens het verblijf op de Toffe BSO het hierna genoemde medicijn toe te dienen.

Naam medicijn:-----

Het medicijn dient te worden verstrekt

Van (begindatum):----- tot (einddatum):-----

Bij langdurig gebruik:

Houdbaarheidsdatum medicijn:-----

Evaluatie medicijn gebruik 1 maand na begindatum, dus op: -----

Dosering:-----

Tijdstip:

Uur	7:	8:	9:	10:	11:	12:	13:	14:	15:	16:	17:	18:

Bijzondere aanwijzingen (b.v uur voor/ na maaltijd, niet met melkproducten geven e.d.):

Manier van toedienen:-----

Het medicijn dient bewaard te worden op de volgende plaats: -----

Datum: -----

Opgemaakt te: Groesbeek

Handtekening ouder/ verzorger

Handtekening pedagogisch medewerk(st)er

Medicijnen worden onder de volgende voorwaarden toegediend:

1. Op verzoek van de ouders als het gaat om medicijnen of middeltjes die zonder recept verkrijgbaar zijn of, na voorafgaand overleg door de ouders met de (huis)arts, als het gaat om medicijnen die op recept verstrekt worden en aan het desbetreffende kind zijn voorgeschreven.
2. De bijsluiter moet aanwezig zijn.
3. Toediening van het medicijn mag geen extra werkbelasting voor de pedagogisch medewerk(st)ers teweeg brengen.
4. Het medicijn moet vaker dan tweemaal per dag gegeven worden (tenzij verplichting op specifieke tijden).
5. De ouder vult dit formulier compleet en in tweevoud in.
6. De ouder en de pedagogisch medewerker ondertekenen het formulier en krijgen elk één exemplaar.