

Formulier Medicijnverstrekking

Ondergetekende ouder/ verzorger is bekend met het beleid van Kinderdagverblijf Het Droombos waarin is beschreven dat de medewerkers alleen onder strikte voorwaarden medicijnen toedienen aan de kinderen op de opvang.

Kinderdagverblijf het Droombos is bereid om op verzoek en onder verantwoordelijkheid van ondergetekende en behandeld arts aan zijn/haar kind het hierna omschreven medicijn toe te dienen.

Voor het toedienen van medicijnen hanteren wij de volgende voorwaarden:

- Het medicijn is voorgeschreven door een huisarts of specialist
- Het medicijn zit in de originele verpakking
- Het medicijn is al eerder thuis verstrekt
- Een kopie van de bijsluiter is bij dit formulier gevoegd
- Er is een duidelijke toedieningsinstructie op de verpakking aanwezig, conform de instructie van de huisarts of specialist.

Hierbij verklaar ik, naam ouder/ verzorger:

Dat de medewerkers van kinderdagverblijf Het Droombos medicijnen verstrekken aan mijn kind,

Naam kind:

Naam van huisartsenpraktijk/ Ziekenhuis:

Naam huisarts/ specialist:

Telefoonnummer huisarts/ specialist

Verstrekking medicijn:	
Betreffende geneesmiddel (medische benaming)	
Aantal keer per dag:	
Tijdstippen op de dag:	
Hoeveelheid:	
Periode waarin de geneesmiddelen moeten worden verstrekt	

Manier van toedienen:	
Welke hygiëne maatregelen er moeten worden genomen bij het toedienen van de medicijnen:	
Bewaarvoorschrift	
Wijze van controle op vervaldatum:	

De medewerkers van kinderdagverblijf Het Droombos kunnen nimmer aansprakelijk gesteld worden voor het niet juist toedienen van de medicijnen. Het toedienen van de medicijnen gebeurt uitdrukkelijk op mijn/ons verzoek. Ik weet dat de medewerkers van kinderdagverblijf Het Droombos geen medische opleiding en/ of bevoegdheid hebben.

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/ zij kinderdagverblijf Het Droombos, noch de betreffende pedagogisch medewerker, niet aansprakelijk zal stellen voor gevolgen van het toedienen van de medicijnen.

Plaats en datum:

.....

Handtekening

ouder(s)/ verzorger(s):

.....

Naam PM-er:.....

verklaart voor het vertrekken van de medicijn de bijsluiter te hebben gelezen:

Handtekening

PM-er:

.....

****Indien het medicijn meerdere dagen moet worden toegediend; het bovenste gedeelte invullen en dan kopiëren voor het aantal benodigde dagen**