## Toestemmingsformulier Toediening medicatie

Beste ouder(s)/verzorger(s),

U heeft aangegeven dat u wilt dat wij uw kind medicatie toedienen. Uiteraard doen wij dit graag, echter hebben wij hier informatie en uw toestemming voor nodig.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gegevens gezin | |  | Gegevens medicatie | |
| Naam ouder: |  | Bijzondere aanwijzingen: | (Bijv. voor/na de maaltijd; niet met melkproducten geven; zittend, op schoot etc.) |
| Voor en achternaam kind: |  | Wijze van toedienen: | (Bijv. mond, neus, oog, oor, huid, anaal etc.) |
|  | | Bewaarplaats: | (Bijv. in de koelkast, donkere en droge plek etc.) |
| Gegevens medicatie | |
| Het geneesmiddel wordt toegediend volgens: | o doktersvoorschrift (zie etiket)  o het verzoek van de ouders (zelfzorgmedicatie) | Naam en telefoonnummer huisarts: |  |
| Naam geneesmiddel: |  |  |  |
| Het geneesmiddel moet worden gegeven: | Van ………………………… (begindatum) Tot ………………………… (einddatum) |  | |
| Toestemming |  |
| Dosering: |  | Toestemming: | o Ja, ik geef toestemming |
| Datum: |  |
| Tijdstip: |  | Handtekening: |  |

|  |
| --- |
| Goed om te weten: Bij twijfel of vragen geeft u middels dit formulier toestemming om contact op te nemen met uw huisarts. Expeditie 78 PKC is niet aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het toedienen van deze medicatie. |