

Overeenkomst gebruik geneesmiddelen

Naam kind	
Datum	
Groep	
Soort medicijn	
Naam en Tel. arts	
Wijze van toediening	
Dosering	
Tijdstip van dosering	
Medicijn bewaren	*Koelkast / op kamertemperatuur
Noodtelefoonnummer	
Bijzonderheden (bijv. niet in te nemen met melkproducten, op schoot, liggend, voor of na de maaltijd.	

*Doorstrepen wat niet van toepassing is

Hierbij verleen ik toestemming aan de pedagogisch medewerkers van de groep, om het medicijn toe te dienen. Ik heb de bijsluiter en de verpakking bijgeleverd en het medicijn zelf al minimaal één keer toegediend. Ik verklaar hierbij dat Kinderdagverblijf Puk op geen enkele wijze aansprakelijk zal worden gesteld voor eventuele gevolgen na toedienen van het medicijn, of niet toedienen van het medicijn.

Naam ouder: _____

Handtekening: _____

(Invullen door pedagogisch medewerker)

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel zal worden toegediend door:

Naam pedagogisch medewerker:.....