Kinderdagverblijf de Koningsbeer

Medicijnregistratie formulier

Dhr./Mevr:.....Achternaam:.....
Ouder/verzorger van:.....Achternaam:.....
Tel.nummer huisarts:.....Tel.nummer apotheek:.....

Bovenstaande ouder / verzorger geeft de pedagogisch medewerkster toestemming om het volgende medicijn toe te dienen en geeft hierbij ook mondeling uitleg:

Naam medicijn:.....
Het geneesmiddel dient te worden verstrekt van:
(begindatum).....tot (einddatum).....

De dosering en het tijd stip van toedienen zijn als volgt:
Dosering:.....Mililiter
Tijdstip: ochtend.....uur, middag.....uur

Wijze van toediening medicijn: neus / mond / oor / oog / huid / anaal / anders:.....
(Doorhalen wat niet van toepassing is)

Bijzonderheden bij het toedienen van het medicijn: (bv voor/na slapen, maaltijd)
.....
.....
.....
.....

Het geneesmiddel moet worden bewaard: op kamer temperatuur / in de koelkast.
(Doorhalen wat niet van toepassing is)

Het geneesmiddel is houdbaar tot:.....

Handtekening ouder / verzorger:

.....Datum:.....
Verklaart met ondertekening kennis te hebben genomen van het protocol" zieke kinderen".

Handtekening pedagogisch medewerkster:
Verklaart bovenstaande uitleg te begrijpen en stelt ook overige mederkster op de hoogte.

.....Naam:.....

Pedagogisch medewerkster kan onderstaan aanvinken als het toedienen heeft plaatsgevonden:

Datum:	**Tijd:**	**Naam medewerkster:**	**Paraaf medewerkster:**