



## MEDICIJNVERKLARING

Het kan voorkomen dat uw kind medicijnen nodig heeft die tijdens het verblijf bij ons op het kinderdagverblijf toegediend moeten worden. Onder medicijnen verstaan wij zowel medicijnen die door een (huis)arts aan uw kind zijn voorgeschreven en op recept verstrekt worden, als zelfzorgmiddelen zoals bijvoorbeeld neusspray, hoestdrank of homeopathische middelen. Pedagogisch medewerkers mogen geen medicijnen toedienen zonder dat de ouder dit formulier volledig heeft ingevuld. Met behulp van dit formulier kunt u uw toestemming en instructies geven. Zonder dit ingevulde formulier zal er geen medicatie toegediend worden.

### Gegevens ouder:

Naam:.....

Tel. nr. werk :.....

Tel. nr. thuis/ mobiel: .....

### Gegevens kind:

Naam :.....

Geboorte datum: .....

Naam stamgroep: .....

Hierbij vraag ik de pedagogisch medewerker(s) van KDV de Puzzelstukjes om mijn kind het hierna beschreven medicijn toe te dienen:

Naam medicijn.....

Dosering :.....

Mogelijke bijwerkingen: .....

Controle op vervaldatum medicijn door: (naam).....

Tijds- stip	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Opmerkingen

Bijzondere aanwijzingen:

.....

(bijvoorbeeld: zo nodig, tijdstip, uur voor/na de maaltijd, niet met melkproducten geven, zittend, op schoot, liggend)

Wijze van toediening: .....

(bijvoorbeeld: via mond, neus, oor, oog, huid, rectaal, anders...)

Wijze van toediening bij chronische aandoeningen (instructies van medicijntoediening):

**Door:** Naam:.....

Functie:.....

Naam instelling:.....

**Aan:** Naam:.....

Functie:.....

Het geneesmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

θ Behandelend arts:.....

tel.nr.....

θ op aanwijzing van ouder/verzorger zelf

θ naam en tel. nr.

apothek;.....

Beschrijving van de ziekte of aandoening waarvoor de toediening van het geneesmiddel nodig is:

.....

.....

.....

.....

Het geneesmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats:

(koelkast of andere plaats): .....

.....

Kdv de Puzzelstukjes Winterdijk 6a 2801 SJ GOUDA 0182-785009 info@kdvdepuzzelstukjes.nl

Het geneesmiddel is houdbaar tot en met (houdbaarheidsdatum):

.....

- **Hierbij verklaar ik dat dit medicijn de eerste keer thuis is toegediend en in originele verpakking, doos en bijsluiter aangeleverd word.**
- **Ik verklaar dat dit naar waarheid is ingevuld.**

**Plaats en datum:**.....

**Naam ouder/verzorger:**

**Naam pedagogisch medewerker:**

.....

.....

**Handtekening:**

**Handtekening:**

.....

.....

Pedagogisch medewerkers zijn **verplicht** om onderstaande controlelijst in te vullen bij het toedienen bovenstaande medicijnen.

Datum	Naam medicijn	Tijdstip	Naam & Paraaf	Opmerkingen