

Overeenkomst gebruik geneesmiddelen.

1. Hierbij geeft (naam ouder/verzorger) _____
ouder/verzorger van (naam kind): _____ toestemming aan:
0 zijn/haar eigen kind om de voorgeschreven medicijnen zelf toe te dienen, conform het
0 doktersvoorschrift, dan wel op verzoek van de ouders (zelfzorgmedicijnen).

0 pedagogisch medewerkers in dienst van de SKOB om zijn/haar kind tijdens het verblijf bij
Kinderopvang Baarn het hierna genoemde geneesmiddel toe te dienen bij het hierboven
genoemde kind. Het geneesmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift -zie etiket
verpakking-, dan wel op verzoek van de ouders (zelfzorgmedicijnen)

2. Naam geneesmiddel: _____

3. Het geneesmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

naam en telefoonnummer behandelend arts: _____

naam en telefoonnummer apotheek: _____

op aanwijzing van ouder/verzorger zelf: _____

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

5. Het geneesmiddel dient te worden verstrekt:
van (begindatum): _____
tot (einddatum): _____

6. Dosering: _____

7. Tijdstip:

Uur	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

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

8. Wijze van toediening: _____
(bijvoorbeeld: via mond, neus, oor, oog, huid, anaal, anders)

9. Het geneesmiddel zal worden toegediend door (naam leid(st)ers):

10. Het geneesmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats:
(koelkast of andere plaats): _____

11. Het geneesmiddel is houdbaar tot en met (houdbaarheidsdatum):

Voor akkoord,
Plaats en datum: _____

Naam ouder/verzorger: _____ Handtekening _____

Namens Stichting Kinderopvang Baarn:
Plaats en datum: _____

Naam leidster: _____ Handtekening _____