

Medicatie formulier



Ondergetekende,

Meneer/Mevrouw bereikbaar op
Telefoonnummer.....
Ouder/verzorger van (voor- en achternaam kind)
Geb. datum/...../.....
Naam huisarts

Geeft hierbij het volgende door:

Bovengenoemd kind dient keer per dag het volgende medicijn toegediend te krijgen (naam medicijn)
Als gevolg van.....(naam aandoening/ziekte)
De hoeveelheid per keer is
De wijze van gebruik is
De ingangsdatum is per
Het medicijn dient als volgt bewaard te worden
Eventuele bijwerkingen van dit medicijn zijn.....
De volgende maatregelen dienen genomen te worden als het kind anders reageert op de medicijnen dan verwacht

En gaat akkoord met de volgende voorwaarden:

- Het medicijn zit in de originele verpakking.
- Er zit een bijsluiter in de verpakking.
- De naam van het kind is vermeld op het doosje, tube, flesje.
- De ouder / verzorger is verantwoordelijk voor het bewaken van de houdbaarheidsdatum.
- Ouder / verzorger weet dat als er iets met het kind is gebeurd, dat in relatie staat tot bovenstaand medicijn, de leerkracht / betrokken medewerker niet verantwoordelijk of aansprakelijk gesteld kan worden.

Naam ondergetekende ouder/verzorger

Datum en Handtekening

.....

...../...../.....