

Telefoon: (073) 6564258

Info@kinderopvangonderdepannen.net www.kinderopvangonderdepannen.net

KvK 54942934 IBAN: NL54INGB0005264208

VAN SASSE VAN YSSELTSTRAAT 2

5262 HV VUGHT

**KINDEROPVANG BV**

ONDER DE PANNEN

Overkomst gebruik geneesmiddelen

Naam Kind: Naam ouder/verzorger:

Geeft toestemming om zijn /haar kind tijdens het verblijf bij Kinderopvang ‘Onder de Pannen’ het hierna genoemde geneesmiddel/zelfzorgmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind.

Het geneesmiddel/ zelfzorgmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift - zie etiket van de verpakking -, dan wel het verzoek van de ouders (zelfzorgmedicatie).

1. Naam geneesmiddel/zelfzorgmiddel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2**.** Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van: arts/ouders.

Naam en telefoonnummer behandelend arts:

Naam en telefoonnummer apotheek:

3**.** Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt

van (begindatum): tot en met (einddatum):

4**.** Dosering:

5.Tijdstip toediening:

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

Bijzondere aanwijzingen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( B.v. … uur voor/ na de maaltijd; niet met melkproducten geven; zittend, op schoot, liggend, staand.)

6.Wijze van toediening:

( B.v. via mond – neus – oog – oor – huid - anaal – anders……..)

7.Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel zal worden toegediend door (naamleid(st)ers):

8.Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats

(koelkast of andere plaats):

9.Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met (houdbaarheidsdatum):

10.Het kinderdagverblijf kan bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact opnemen met de behandelend arts en/of apotheker.

11.Het kinderdagverblijf is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel/zelfzorgmiddel.

**Voor akkoord:**

Datum/plaats: Handtekening ouders/verzorgers: