

VERKLARING MEDICIJNVERSTREKKING

Hierbij geeft _____ (ouder/verzorger)

Ouder/verzorger van _____ (naam kind)
toestemming om zijn/haar kind tijdens het verblijf op KDV Newkids het hierna genoemde
medicijn/zelfzorgmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind. Het medicijn/
zelfzorgmiddel wordt toegediend conform de op de bijsluiter en/of etiket vermelde dosering.

Naam medicijn/zelfzorgmiddel

Het medicijn/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van

_____ (naam behandelend arts op aanwijzing van ouder/verzorger zelf)

Het medicijn/zelfzorgmiddel dient als volgt te worden verstrekt

_____ (dosering)

van _____ (begin datum) tot _____ (eind datum)

om _____ uur (tijdstip, evt. zonodig)

Het medicijn/zelfzorgmiddel dient te worden toegediend (op welke manier)

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> via mond | <input type="radio"/> via anus | <input type="radio"/> via neus |
| <input type="radio"/> via oog | <input type="radio"/> via oor | <input type="radio"/> via huid |

Het medicijn dient bewaard te worden op de volgende plaats

_____ (koelkast of andere plaats)

Het medicijn/zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met _____ (houdbaarheidsdatum)

Evaluatie van toediening is _____ (datum/moment)

KDV Newkids is niet aansprakelijk voor de gevolgen van het door haar personeel toedienen
van het medicijn/zelfzorgmiddel.

Voor akkoord:

Plaats en datum

Naam ouder/verzorger

Handtekening ouder/verzorger

Namens KDV Newkids

Naam functionaris _____

Handtekening functionaris
