



In te vullen door Pedagogisch medewerker/ M.T. de Wit - Houweling

Invuldatum: \_\_\_/\_\_\_/ 202\_\_                      Geldig tot: \_\_\_/\_\_\_/ 202\_\_

Kopie recept aanwezig                              Ja / Nee \*

Gebruiksaanwijzing aanwezig                      Ja / Nee \*

Kopie verklaring naar ouder(s)/ verzorger      Ja / Nee \*

\* doorhalen wat niet van toepassing is

**Verklaring medicijnverstrekking**

Naam ouder / verzorger: .....

Naam Kind: .....

Naam pedagogische medewerker en/of

Leidinggevende: .....

Bovengenoemde ouder / verzorger geeft door middel van het ondertekenen van deze verklaring, toestemming om bij bovengenoemd kind tijdens het verblijf bij bovengenoemde kinderopvang het hierna genoemde medicijn / zelfzorgmiddel toe te dienen. Het medicijn / zelfzorgmiddel wordt toegediend conform de op de bijsluiters en / of etiket vermelde dosering.

- Naam medicijn / zelfzorgmiddel: .....
- Het medicijn / zelfzorgmiddel is voorgeschreven door:.....
- Het medicijn / zelfzorgmiddel dient als volgt te worden verstrekt:  
 ..... (dosering) van ..... (begindatum) tot  
 ..... (einddatum) om ..... Uur (tijdstip, evt. zo nodig)
- Wijze van toediening van het medicijn / zelfzorgmiddel:  
 via de mond  Via het oog  Via de anus  Via het oor     via de neus     via de huid
- Opmerking bij toediening :.....

Het medicijn / zelfzorgmiddel dient te worden bewaard op de volgende plaats: .....

➤ Het medicijn / zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met: .....(houdbaarheidsdatum)

➤ Bijzonderheden:

.....  
.....  
.....

\* Het geneesmiddel dient in voldoende mate, in goede staat en op tijd bij het kindcentrum te worden aangeleverd door de aanvrager. De aanvrager let op de houdbaarheidsdatum van het geneesmiddel. Het geneesmiddel zit in de originele verpakking en is voorzien van de naam van het kind.

\* Kinderopvang het Witte Toverhuisje is niet aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende medicijn/zelfzorgmiddel.

\* Ouders dienen te allen tijde het medicijn de eerste keer zelf (thuis) toe te dienen.

Voor akkoord:

Datum : .....

Plaats : .....

Handtekening ouder / verzorger

Handtekening eigenaresse/ pedagogisch medewerker

