

## Medicijntoedieningsformulier KDV



Document: F.04.20-01

Eigenaar: van Barneveld Reza

Medicijnen worden onder de volgende voorwaarden door de pedagogisch medewerkers van Kinderopvang Avonturijn toegediend:

1. op verzoek van de ouders als het gaat om medicijnen of middeltjes, die zonder recept verkrijgbaar zijn of, na voorafgaand overleg door de ouders met de (huis)arts, als het gaat om medicijnen die op recept verstrekt worden en aan het betreffende kind zijn voorgeschreven;
2. het medicijn dient in oorspronkelijke verpakking, met bijsluiter, overhandigd worden;
3. toediening van het medicijn mag geen extra werkbelasting voor de medewerkers te weegbrengen;
4. het medicijn moet vaker dan tweemaal per dag gegeven worden (tenzij verplicht op specifieke tijden);
5. de ouder geeft duidelijk door op welke wijze en in welke frequentie het medicijn gegeven moet worden;
6. de ouder vult dit formulier 'verklaring tot medicijntoediening' in;
7. de ouder en de pedagogisch medewerker ondertekenen beiden het formulier;
8. dit formulier wordt opgeborgen in het kinddossier.

Hierbij geeft \_\_\_\_\_ ouder van \_\_\_\_\_ (naam kind)

toestemming om zijn/haar kind tijdens het verblijf bij de kinderopvang van Avonturijn:  
\_\_\_\_\_ (locatie).

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 zelf)

Het medicijn/zelfzorgmiddel dient als volgt te worden verstrekt: \_\_\_\_\_ (dosering)

Van \_\_\_\_\_ (begindatum) tot \_\_\_\_\_ (einddatum max. één jaar)

Om \_\_\_\_\_ (uur (tijdstip / zonodig))

via de mond

via oog

via oor

via neus

via huid

via anus

Toediening is geweest op en gegeven door:

\_\_\_\_\_ (datum / moment / naam)

Avonturijn is niet aansprakelijk voor de gevolgen van het door de pedagogisch medewerkers toedienen van het medicijn/zelfzorgmiddel.

Voor akkoord d.d.: \_\_\_\_\_

Naam ouder:

handtekening

Naam pedagogisch medewerker:

handtekening