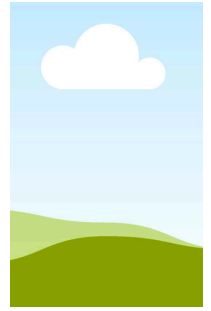




Plaats hier een
foto van



Medicijntoestemmingsformulier

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

1. Het toe te dienen medicijn is voorgeschreven door een arts.
2. Ouders leveren een ondertekend en volledig ingevuld medicijntoedieningsformulier in.
3. Het medicijn is voorzien van de naam van het kind en in oorspronkelijke verpakking, met bijsluiter.
4. Het medicijn is thuis al toegediend zodat mogelijke eerste bijwerkingen thuis opgevangen worden.
5. Het medicijn moet vaker dan tweemaal per dag gegeven worden (tenzij verplicht op specifieke tijden).
6. De ouders geven duidelijke instructie aan de medewerker(s) over de toediening van het medicijn.
7. Indien een arts een EPI-pen en/of medicijn tegen koortsstuipen voorgeschreven heeft, dient hiertoe vooraf een medicijntoedieningsformulier ingevuld te worden.
8. Dit formulier wordt nadien opgeborgen in het daarvoor bestemde mapje en dient 2 maanden bewaard te worden. Alleen in geval van calamiteiten en in opdracht van de dienstdoende arts, dient de pedagogisch medewerker een kind paracetamol/zetpil toe zonder toedieningsformulier.



Hierbij geeft(naam ouder) van(naam kind)
..... (geboortedatum kind) toestemming om zijn/haar kind tijdens het
verblijf bij Kyra Kinderopvang het hierna genoemde medicijn toe te dienen aan het
hierboven genoemde kind.

Het medicijn wordt toegediend conform de op de bijsluiter en/of etiket vermelde dosering.

Naam medicijn:

Het medicijn wordt verstrekt op voorschrift van
(naam behandelend arts).

Het medicijn dient als volgt te worden verstrekt:
(dosering)

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

Toediening op:(datum/tijdstip) door:(naam)

Toediening op:(datum/tijdstip) door:(naam)

via de mond via oog via oor

via neus via huid via anus

Het toedienen van het medicijn is voor onbepaalde duur en kan/mag worden toegediend
indien noodzakelijk (bijvoorbeeld EPI-pen of koortsstuipmedicatie).

Kyra Kinderopvang kan niet aansprakelijk worden gesteld voor de gevolgen van het door de
pedagogisch medewerkers toedienen van het medicijn.

Voor akkoord d.d.:

Naam pedagogisch medewerker

Naam ouder:

Handtekening pedagogisch medewerker

Handtekening: