

**Verklaring toedienen medicatie/ medisch handelen**

Naam kind: \_\_\_\_\_

Geboortedatum kind: \_\_\_\_\_

Datum van invullen verklaring: \_\_\_\_\_

*Ondergetekenden verklaren dat bij het hierboven genoemde kind het volgende medicijn toegediend dient te worden door de nader genoemde pedagogisch medewerker(s) die de opvang van het kind verzorgen.*

**Voorwaarden:**

- De ouder(s) hebben het medicijn al eerder thuis gebruikt.
- Medicatie die NIET in de originele verpakking wordt aangeboden moet door de pedagogisch medewerker geweigerd worden.

Indien meerdere medicijnen aan een kind dienen te worden toegediend, dan moet voor elk medicijn een apart formulier te worden ingevuld en ondertekend.

*Niet-voorbehouden handeling:*

0 medicijnverstrekking

0 geven van sondevoeding

0 gebruik zijligkussen in bed

0 gebruik van spreibroek

0 anders, nl.: \_\_\_\_\_

Naam medicijn: \_\_\_\_\_

Verstrekking van: \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ (indien het toedienen tijdelijk is)

Dosering per keer: \_\_\_\_\_

Tijdstippen van toediening: \_\_\_\_\_

Wijze van toedienen (via mond, neus, huid, etc.): \_\_\_\_\_

Toedienen door: *Pedagogisch medewerker:* \_\_\_\_\_

Bewaarplaats medicijn: \_\_\_\_\_

Houdbaarheidsdatum medicijn: \_\_\_\_\_

Overige bijzonderheden: \_\_\_\_\_

**Ondertekening voor akkoord:**

Naam pedagogisch medewerker:	Datum:	Handtekening:
Naam ouder/verzorger:	Datum:	Handtekening:

