**Formulier toestemming medicijnverstrekking**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens van ouders/kind** | |
| Naam kind: |  |
| Naam ouder: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Ouder geeft hiermee toestemming het volgende geneesmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind | |
| **Gegevens voorgeschreven geneesmiddel** | |
| Naam middel: |  |
| Op voorschrift van: | 0 arts  Naam: Telefoonnummer:  0 apotheek Naam: Telefoonnummer:  0 ouders zelf |
| Middel is eerst zelf door ouder(s) thuis gebruikt\*: | 0 ja 0 nee\* |
| Bijwerkingen bij eerder gebruik: | 0 ja 0 nee |
| Periode van toedienen: | Van tot |
| Dosering: |  |
| Aantal keer per dag: |  |
| Tijdstip(pen) toedienen: |  |
| Overige bijzonderheden: |  |
| **Ondertekening voor akkoord door ouder(s):** | **Ondertekening voor akkoord door Kinderopvang De Hooiberg:** |
| Datum; |  |

*\*I.v.m. eventuele bijwerkingen vragen we om medicijnen eerst thuis te geven aan het kind voordat het bij de kinderopvang gegeven wordt.*