



VERKLARING MEDICIJNVERSTREKKING

In te vullen door de gastouder:

Invuldatum:Geldig tot:.....

Kopie recept aanwezig Ja / Nee *

Gebruiksaanwijzing aanwezig Ja / Nee *

Kopie verklaring naar Gastouderbureau Ja / Nee *

- *doorhalen wat niet van toepassing is*

Naam ouder/ verzorger:

Naam kind :

Gastouder :

Bovengenoemde ouder/ verzorger geeft, door middel van het ondertekenen van deze verklaring, toestemming om bij bovengenoemd kind tijdens het verblijf bij bovengenoemde gastouder het hierna genoemde medicijn/ zelfzorgmiddel toe te dienen. 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 ouders zelf)

Het medicijn/ zelfzorgmiddel dient als volgt te worden verstrekt:
.....(dosering) van (begindatum) tot
.....(einddatum) om uur (tijdstip, evt zonodig)

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

Opmerkingen bij toediening:

.....

Het medicijn/ zelfzorgmiddel dient te worden bewaard op de volgende plaats:Laatst gewijzigd op:
..... (koelkast of andere plaats)

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

Eventuele bijzonderheden:

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

Hoofdkantoor:

Nanniesnetwork, Melisse 29, 8313 BC Ruiten*kvk63268914*www.nanniesnetwork.nl*administratie@nanniesnetwork.nl*
Landelijk Register Kinderopvang 110672161



Voor akkoord

Datum:

Plaats:

Naam ouder/ verzorger:

Handtekening ouder/ verzorger:

Naam gastouder:

Handtekening gastouder:

Hoofdkantoor:

Nanniesnetwork, Melisse 29, 8313 BC Ruiten*kvk63268914*www.nanniesnetwork.nl*administratie@nanniesnetwork.nl*

Landelijk Register Kinderopvang 110672161