**Verklaring medicijnverstrekking**

*De ouders/verzorgers van* ………………………………………………………………………………………………..,
geven hierbij toestemming om tijdens het verblijf bij het kindercentrum Wollewaps 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 behandelende arts\*:* ………………………………………………………………………………………………………………….. .
Op aanwijzing van *ouders/verzorgers* zelf of apotheek. \*
(\* omcirkel wat van toepassing is)

*Telefoonnummer behandelende arts:* …………………………………………………………………………………………………. .

*Naam apotheek:* …………………………………………………………………………………………………………………………………. .

*Telefoonnummer apotheek:* ……………………………………………………………………………………………………………….. .

**Het medicijn/zelfzorgmiddel dient als volgt te worden verstrekt:**

*Dosering:* …………………………………………………………………………………………………………………………… .

*Van (begindatum)*…………………………………… tot en met (*einddatum*) ………………………………… . (max.1 jaar)

Om …………………………………………………………………. uur (*zo nodig het tijdstip vermelden*).

Het medicijn dient te worden toegediend op de volgende wijs:

* Via mond via oog via oor
* Via neus via huid via anus

*Het medicijn dient bewaard te worden op de volgende plaats:* …………………………………………………………… .
(*koelkast of anders*)

*Het medicijn/zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met:* ………………………………………………………………………….. .

*Evaluatie van toediening is:* ……………………………………………………………………………………………………………….… .

*Het kind mag tijdens het toedienen niet\*:* ………………………………………………………………………………………….. .
(\* Bijv. liggen, melkproducten tot zich nemen)

*Reden van medicijn verstrekking:* ………………………………………………………………………………………………………… .

*Vorm van medicijn/toediening\*:* …………………………………………………………………………………………………………. .
(\*Bijv. tablet, druppels of spray)

Kindercentrum Wollewaps is niet aansprakelijk als er iets gebeurd met het kind ten gevolge van het toedienen van bovenstaand medicijn/(zelfzorg)middel.

Voor akkoord:

………………………………………………….
(***naam*** *ouders/verzorgers*)

…………………………………………………
(***naam*** *pedagogisch medewerker*)

Getekend datum: ………………………………………………………………………………..