

Toestemming

Hierbij geeft: _____

Ouder/verzorger van: _____

toestemming om tijdens het verblijf bij IKC de Haarschool de hierna genoemde geneesmiddelen toe te dienen bij het hierboven genoemde kind.

Het geneesmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift (zie etiket van de verpakking) of conform het verzoek van de ouders (zelfzorgmedicatie). IKC de Haarschool kan bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact opnemen met de behandelend arts en/of apotheker. IKC de Haarschool is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door de pedagogisch medewerker toegediende geneesmiddel.

Naam geneesmiddel: _____

Het geneesmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

☐ Naam behandelend arts: _____☐ Op aanwijzing van ouder/verzorger zelf

Naam apotheek: _____

Toediening medicijn

Begindatum: _____ tot einddatum _____

Dosering: _____

Tijdstip: _____

Bijzondere aanwijzingen (bijv ... uur na de maaltijd): _____

Geneesmiddel is houdbaar t/m _____

Wijze van toediening:

(bijvoorbeeld via neus, mond, oog): _____

Het geneesmiddel wordt toegediend door: _____

Het geneesmiddel moet bewaard worden op/in: _____

Voor akkoord,

Namens de ouder/verzorger

Namens Kindcentrum de Haarschool

Plaats en datum

Plaats en datum

Naam ouder/ verzorger

Naam pedagogisch medewerker

Handtekening ouder/ verzorger

Handtekening pedagogisch medewerker