

OVEREENKOMST GEBRUIK MEDICIJNEN / AFTEKENLIJST

1. Hierbij geeft (naam ouder/verzorger):

ouder/verzorger van (naam kind):

toestemming om zijn/haar kind tijdens het verblijf bij het hierna genoemde genees - / zelfzorgmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind. Het genees - / zelfzorgmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift - zie etiket van de verpakking -, dan wel het verzoek van de ouders (zelfzorgmedicatie).

2. Naam genees - / zelfzorgmiddel:

3. Het genees - / zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

naam en telefoonnummer behandelend arts:

naam en telefoonnummer apotheek:

op aanwijzing van ouder/verzorger zelf:

4. Beschrijving van de ziekte of aandoening waarvoor de toediening van het genees - / zelfzorgmiddel nodig is:

.....

5. Het genees - / zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt:

van (begindatum):tot (einddatum):.....

6. Dosering:

7. Tijdstip:

Uur	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Bijzondere aanwijzingen: (bijv. zo nodig, tijdstip, uur voor/na de maaltijd, niet met melkproducten geven, zittend, liggend, staand)

8. Wijze van toediening:.....(bijv. via mond, neus, oor, oog, huid, anaal, anders)

9. Het genees - / zelfzorgmiddel zal worden toegediend door (naam pedagogisch medewerker(s)):

.....

10. Het genees - / zelfzorgmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats:.....

11. Het geneesmiddel is houdbaar tot en met (houdbaarheidsdatum):-20.....

12. Evaluatie van toediening (in agenda noteren):-20.....

13. Kivido kan bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact opnemen met de behandelend arts en / of apotheker.

14. Kivido is niet aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende genees- / zelfzorgmiddel.

WIJ DIENEN UITSLUITEND GENEESMIDDELEN TOE DIE IN DE ORIGINELE VERPAKKING MET DE BIJSLUITER WORDT AANGELEVERD.

Voor akkoord,

Plaats en datum:

Naam ouder/verzorger:

Handtekening ouder/verzorger:

Namens Kivido BV

Plaats en datum:



