



Verklaring medicijnverstrekking

Hierbij geeft _____ (naam ouder/ verzorger)
Ouder/ verzorger van _____ (naam kind)
Toestemming om zijn/ haar kind tijdens het verblijf bij DOK13 _____
_____ (naam medicijn/ zelfzorgmiddel) toe te dienen.

Medicijnen en zelfzorgmiddelen dienen met de grootste zorgvuldigheid toegediend te worden, derhalve verzoeken wij u onderstaande vragen in te vullen. **Tevens dient u een kopie of de originele verpakking te overleggen.**

- A. Op wiens voorschrift wordt het medicijn zelfzorgmiddel verstrekt?
_____ (naam behandelend arts/ op
aanwijzing van de ouder/ verzorger zelf)
- B. Gedurende welke periode dient het medicijn toegediend te worden?
Van _____ - _____ (begindatum) tot - _____ - _____ (einddatum).
- C. Het medicijn/ zelfzorgmiddel wordt oraal/ anaal/ via de neus/ of het oor toegediend (*doorstrepen wat niet van toepassing is*)
- D. Het medicijn/ zelfzorgmiddel moet op het volgende tijdstip worden toegediend:
_____ (uur/ voor of na de maaltijd)
- E. Het medicijn/ zelfzorgmiddel dient als volgt gedoseerd te worden:

- F. Het medicijn zelfzorgmiddel zal worden toegediend door:
_____ (naam leid(st)er)
_____ (naam leid(st)er)
_____ (naam leid(st)er)
- G. Het medicijn/ zelfzorgmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats:
_____ (koelkast of andere plaats)
- H. Het medicijn is houdbaar tot en met:
_____ (houdbaarheidsdatum)
- I. Wanneer dient opnieuw bekeken te worden of het toedienen van het medicijn gecontinueerd moet worden?
_____ (evaluatie-/ eindmoment)

DOK13 is niet aansprakelijk voor de gevolgen van het door haar personeel toedienen van het medicijn/zelfzorgmiddel.

Voor akkoord,

Plaats en datum _____ - _____ - _____

Naam ouder/ verzorger _____

Handtekening ouder/ verzorger _____

