



ANDERE KIJK OP OPVANG

Verklaring Verstrekking van medicijnen

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder beschreven medicijn(en) aan:

Naam kind	
Geboortedatum	
Adres Woonplaats	

Naam ouder(s)/ Verzorger(s)	
Telefoonnummer mobiel/ thuis	
Telefoonnummer werk	
Naam huisarts	
Telefoonnummer huisarts	

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

.....
.....

Naam van het medicijn:

.....
.....

o Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

.....uur/.....uur/.....uur

o Medicijn mag alleen worden toegediend in de volgende situaties:

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

Dosering van het medicijn:

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

Wijze van toedienen:

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

Wijze van bewaren:

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

Vervaldatum:

.....
.....

Ondergetekende geeft DONS Opvang c.q. de DONS-docent die hiervoor medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

Naam ouder/ Verzorger	
Plaats en datum	
Handtekening	