****

**Medicijnformulier**

Kindercentrum Quinzokids

Bouwmeesterweg 10

1333 LC Almere

036-5242632

info@quinzokids.nl

Het kan voorkomen dat uw kind medicatie nodig heeft op het kindercentrum. Het is de bedoeling dat u als ouder/verzorger dit formulier ingevuld en ondertekend inlevert bij de pedagogisch medewerker, die aanwezig is. Bij voorkeur bij de groep waar uw kind wordt opgevangen. U bent als ouder/verzorger verantwoordelijk voor een correcte instructie en het leveren van eventuele hulpmiddelen. U levert het medicijn o.v.v. naam en datum aan. De pedagogisch medewerker draagt er zorg voor dat alle instructies nauwkeurig worden uitgevoerd.

**Overeenkomst gebruik geneesmiddelen**

1. Naam geneesmiddel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Het geneesmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

Naam en telefoonnummer behandelend arts:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam en telefoonnummer apotheek:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Of Op aanwijzing van ouder/verzorger zelf.

1. Beschrijving van de ziekte of aandoening waarvoor de toediening van het

geneesmiddel nodig is:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Het geneesmiddel dient te worden verstrekt:

van (begindatum) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tot (einddatum) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Dosering : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Tijdstip:

Uur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Bijzondere aanwijzingen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(bijvoorbeeld: zo nodig, tijdstip, uur voor/na de maaltijd, niet met

melkproducten geven, zittend, op schoot, liggend, staand)

1. Wijze van toediening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(bijvoorbeeld: via mond, neus, oor, oog, huid, anaal, anders)*

1. Het geneesmiddel zal worden toegediend door (naam pedagogisch medewerkers):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Het geneesmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(koelkast of andere plaats)*

1. Het geneesmiddel is houdbaar tot en met (houdbaarheidsdatum):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Evaluatiedatum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ja** mijn kind(eren) mag (mogen) bovengenoemd medicijn toegdiend krijgen.

Naam kind : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hierbij verklaar ik\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Naam ouder(s)/verzorger(s) toestemming te verlenen aan Kindercentrum Quinzokids gevestigd te Almere. Om mijn hierboven genoemde kind tijdens het verblijf op het kindercentrum het hierboven genoemde geneesmiddel toe te dienen. Het geneesmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift - zie etiket van de verpakking - dan wel het verzoek van mij als ouder (zelfzorgmedicatie).

Datum: Handtekening:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hierbij verklaar ik\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(pedagogisch medewerker kindercentrum Quinzokids) het hierboven genoemde kind tijdens het verblijf op het kindercentrum het hierboven genoemde geneesmiddel toe te dienen. Het geneesmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift - zie etiket van de verpakking - dan wel het verzoek van de ouder (zelfzorgmedicatie).

Datum: Handtekening:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_