

Hierbij verleen ik, ondergetekende, toestemming aan de pedagogisch medewerkers van Kinderhoeve Escharen om het hieronder genoemde medicijn toe te dienen. Medicijnen zijn op doktersadvies verstrekt en ik heb de originele medicijnverpakking en de bijsluiter bijgeleverd.

Ik verklaar dat Kinderhoeve Escharen op geen enkele wijze aansprakelijk zal worden gesteld voor eventuele gevolgen na toediening van het medicijn, of het niet toedienen van het medicijn.

Invullen door ouder(s)		Invullen door Kinderhoeve Escharen
Naam kind:		Naam pedagogisch medewerker:
Datum toediening vanaf:		Toegediend op tijdstip(1):
Soort medicijn:		Naam pedagogisch medewerker:
Wijze van toedienen:		Toegediend op tijdstip(2):
Dosering:		Naam pedagogisch medewerker:
Noodtelefoonnummer:		Toegediend op tijdstip(3):
Medicijn is al eerder thuis verstrekt:	Ja / Nee	Bijzonderheden:

Naam ouder/verzorger: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Er is overleg in zake deze medicatie geweest met:

\_\_\_\_\_ (naam pedagogisch medewerker)