



**KINDERCENTRUM**  
*Camelot*

## OVEREENKOMST GEBRUIK MEDICIJNEN

Hierbij geeft (naam ouder/verzorger) .....

Ouder / verzorger van (naam kind) .....

Toestemming om tijdens zijn / haar verblijf bij KINDERCENTRUM CAMELOT,

Het hierna genoemde geneesmiddel/zelfzorgmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift, zie etiket van de verpakking, dan wel het verzoek van de ouders.

1. Naam geneesmiddel/zelfzorgmiddel: .....

2. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

- Naam en telefoonnummer behandeld arts:.....
- Naam en telefoonnummer apotheek:.....
- op aanwijzing van de ouder zelf

3. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt

Van (begindatum): ..... tot (einddatum) .....

4. Dosering; .....

5. Tijdstip: .....

uur	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00

Bijzondere aanwijzingen: .....

.....

...

(B.v .....uur voor of na de maaltijd, niet met melkproducten geven, zittend, op schoot, liggend of staand)

6. Wijze van toediening:.....

(B.v via de mond, neus, ogen, oren, op de huid, anaal of anders.....)

7. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel zal worden toegediend door (naam van de leidster(s)):

.....

8. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats (koelkast of andere plaats) .....

9. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met (houdbaarheidsdatum) .....

10. Het kindercentrum kan bij twijfel of onduidelijkheid, zelf contact opnemen met de behandelde arts en /of apotheker.

11. Het kindercentrum is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel/zelfzorgmiddel.

Voor akkoord,

Plaats en datum: \_\_\_\_\_

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

Handtekening ouder / verzorger: \_\_\_\_\_

Namens het kindercentrum:

Plaats en datum: \_\_\_\_\_

Naam leidster: \_\_\_\_\_

Naam Leidinggevende : \_\_\_\_\_