**Medicijnverklaring kinderdagverblijf Het Boerderijtje**

**Verklaring:**

De ouders van:

Geboortedatum:

Adres:

Naam ouder/verzorger:

Telefoonnummer:

Groep:

Met ingang van: tot (eind datum)

Toestemming geven dat hun zoon/ dochter:

* Het benodigde medicijn/ zelfzorgmiddel toegediend krijgt;
* Indien nodig, het medicijn/ zelfzorgmiddel toegediend krijgt;
* Vooaf overleg met dienstdoende arts plaatsvindt;
* (ouders worden direct op de hoogte gebracht)

De naam van het Toe te dienen medicijn(en)/ zelfzorgmiddel zijn:

De medicijnen/ zelfzorgmiddelen zijn nodig voor de onderstaande ziekte:

De medicijnen/ zelfzorgmiddelen mogen *alleen* worden toegediend in de volgende situatie’s:

Wijze van toedienig van het medicijn/ zelfzorgmiddel:

O mond O neus O anders namelijk …………………………………..

Dossering van het medicijn/ zelfzorgmiddel:

Het medicijn/zelfzorgmiddel wordt berwaard op de volgende plaats:

**Weke dagen en tijden moet het medicijn/ zelfzorgmiddel worden toegediend.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maandag** | **Dinsdag** | **Woensdag** | **Donderdag** | **Vrijdag** | **Elke dag** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **08.00** | **09.00** | **10.00** | **11.00** | **12.00** | **13.00** | **14.00** | **15.00** | **16.00** | **17.00** | **17.30** | **Anders...** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Bij verandering van medicatie/ zelfzorgmiddel of dosering van bestaande medicatie, wordt hiervoor een nieuwe verklaring afgegeven

Plaats:

Datum:

Handtekening ouders/ verzorgers:

Handtekening kinderdagverblijf: