

1. Opdracht

Ondergetekenden, de ouder(s)/verzorger(s) van _____
(Voornaam en achternaam kind)

verlenen hierbij opdracht aan de groepsleiding/leerkracht(en) van _____
(Naam van de groep)

van _____ te Maassluis / Vlaardingen / Schiedam:
(Naam locatie)

onderdeel van UN1EK onderwijs en opvang te Vlaardingen, tot het toedienen van het volgende medicijn:

Naam medicijn: _____ Merk medicijn: _____

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van*:

naam en telefoonnummer behandelend arts* :

naam en telefoonnummer apotheek* :

op aanwijzing van ouder/verzorger zelf*

**aankruisen wat van toepassing is*

Eventuele nadere omschrijving:

Dosering: _____

voor de periode van: _____ (datum) tot en met: _____ (datum)

bij voorkeur op de volgende tijdstippen:

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

Bijzondere aanwijzingen:

Voor / tijdens / na de maaltijd*

Niet in combinatie met _____

Zittend / op schoot / liggend / staand* *omcirkel hetgeen van toepassing is

2. Informatie over het medicijn

Het medicijn is aan de pedagogisch medewerker/leerkracht overhandigd in combinatie met (aanvinken indien van toepassing):

- de originele gebruiksaanwijzing
- de houdbaarheidsdatum, te weten / /

Benodigde aanvullende informatie over of instructies voor:

- het bewaren van het medicijn
- de frequentie van toediening
- de wijze van toediening (bijvoorbeeld via mond, neus, oog, oor, huid, anaal, anders):
.....
- tijdstip van toediening

Mogelijke bijwerkingen:

Mogelijke aanvullende aandachtspunten:

Op dit formulier zijn de *Richtlijnen bij het verstrekken van medicijnen & bij medische handelingen* van UN1EK onderwijs en opvang van toepassing.

Voor akkoord,

Maassluis / Vlaardingen / Schiedam, datum: _____

Naam ouder(s)/verzorger(s): _____ Handtekening: _____

Naam directeur/MKC/PM'r/leerkracht: _____ Handtekening*: _____

*** Mag in opdracht getekend worden.**

NB: Dit formulier wordt na ondertekenen maximaal 3 jaar bewaard (opvang: in het groepslogboek).

Het is **verplicht** om onderstaande controlelijst in te vullen bij het toedienen van bovenstaande medicijnen.

Naam medicijn	Naam kind	Datum	Tijdstip	Naam/Paraaf toediener	Opmerking

- In te vullen door pedagogisch medewerker/leerkracht die het medicijn toedient.
- Overleg wie welk dagdeel de verantwoording m.b.t. de toediening op zich neemt.
- Check **voor** het toedienen van de medicijnen of het juiste medicijn bij het juiste kind hoort!