

Toestemmingsformulier toedienen en verstrekken van voorgeschreven medicatie

Ouder(s)/verzorger(s) zijn verantwoordelijk voor de juistheid van de verstrekte informatie en voor het doorgeven van wijzigingen met betrekking tot de verstrekte informatie.

Toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

Naam deelnemer: _____

Geboortedatum deelnemer: _____

Naam ouder(s) / verzorger(s) _____

Telefoon thuis: _____ mobiel 1: _____ mobiel 2: _____

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte/aandoening: _____

Naam van het medicijn: _____

Medicijn dient (dagelijks) te worden toegediend op onderstaande tijden / elke _____ uur:

_____ uur _____ uur

_____ uur _____ uur

_____ uur _____ uur

_____ uur _____ uur

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

Dosering van het medicijn: _____

Wijze van toediening: _____

Wijze van bewaren (bijvoorbeeld gekoeld): _____

Medicijnen ingenomen en met ouder/verzorger besproken door: _____ (alleen bestuurslid HDS)

Ondergetekende, ouder / verzorger van genoemde deelnemer, geeft hiermee aan het bestuur van stichting Huttendorp Schollevaar, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijn(en):

Naam ouder/verzorger: _____

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening: _____