



**Formulier toedienen medicatie**

Hierbij geeft (naam ouder/verzorger) \_\_\_\_\_

van (naam kind) \_\_\_\_\_

toestemming om zijn of haar kind tijdens het verblijf bij Stichting Kinderdagverblijf Brabant in Best het hierna genoemde geneesmiddel toe te dienen.

Naam geneesmiddel: \_\_\_\_\_

Geneesmiddel wordt verstrekt op voorschrift van **arts/ ouders** (graag omcirkelen wat van toepassing is).  
Paracetamol wordt alleen verstrekt voorschrift van arts met bijbehorende verklaring.

Het geneesmiddel dient te worden verstrekt van: datum \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_

Dosering en tijdstip van toedienen: \_\_\_\_\_

Bijzondere aanwijzingen:

Het geneesmiddel dient in de koelkast bewaard te worden **ja/nee** (graag omcirkelen wat van toepassing is)

**Stichting Kinderdagverblijf Brabant is niet aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel.**

Voor akkoord,

Datum:

Handtekening ouder/ verzorger:

Namens Stichting Kinderdagverblijf Brabant,

Handtekening pedagogisch medewerker: