

Verklaring medicijngebruik

Toelichting bij de verklaring medicijngebruik:

Alle gastouders van Gastouderbureau Vip zijn in het bezit van het 'protocol medicijnen geven en medische handelingen' en zijn bekend met de inhoud daarvan. Elk medicijngebruik wordt tussen vraag- en gastouder besproken en vastgelegd in deze verklaring. Deze verklaring dient ingevuld en ondertekend te worden door zowel vraag- als gastouder. Bij veelvuldig en/of regelmatig medicijngebruik verzoeken wij u een kopie van deze verklaring aan ons bureau te faxen, (gescand te) mailen of toe te sturen en ons op die wijze op de hoogte te stellen van het gebruik van medicijnen en de afspraken daaromtrent.

Hierbij geeft (naam ouder/verzorger):

Ouder verzorger van (naam kind):

Toestemming om zijn/haar kind tijdens het verblijf bij de gastouder 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 (bij zelfzorgmedicatie).

Naam geneesmiddel:

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

naam en telefoonnummer van behandelend arts:

Naam en telefoonnummer van apotheek:

Op aanwijzing van de ouder/verzorger zelf.



GASTOUDERBUREAU VIP
SCHEUMERGATS 1
6305 BM SCHIN OP GEUL
TEL: 0621594501

EMAIL: INFO@GASTOUDERBUREAUVIP.NL

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt:

van (begindatum) tot (einddatum)

dosering: tijdstip:

Bijzondere aanwijzingen:

Wijze van toedienen (bijvoorbeeld via mond/neus/oog/oor/huid/anaal/anders):

.....

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel zal worden toegediend door (naam gastouder):

.....

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met:

Op (datum) wordt besproken hoe het gaat c.q. wordt geëvalueerd.

- De gastouder kan bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact opnemen met de behandelend arts en/of de apotheker.
- De gastouder is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door hem/haar toegediende geneesmiddel/zelfzorgmiddel.

Voor akkoord:

Opgemaakt d.d.:

Handtekening ouder/verzorger:

Handtekening gastouder:



GASTOUDERBUREAU VIP
SCHEUMERGATS 1
6305 BM SCHIN OP GEUL
TEL: 0621594501

EMAIL: INFO@GASTOUDERBUREAUVIP.NL