



Verklaring Medicijntoediening

Naam ouder(s):
Naam gastouder:
Plaats:
Datum:

Wredehof 48
8507 CN Rohel
Tel. 06 - 36 33 54 55
info@gob-piekeboe.nl

www.gob-piekeboe.nl

	Kind(eren):	Medicijn:	Dosering:	Tijdstip(pen):
1.				
2.				
3.				
4.				

NL37 RABO 0300 1192 32 IBAN
61435732 KvK
798132723 LRK

Door ondertekening van dit formulier verleent (verlenen) ouder(s) toestemming aan de gastouder om bovengenoemd(e) kind(eren) het (de) vermelde medicijn(en) toe te dienen.

Hierbij nemen we de volgende regels in acht:

- Het voor de eerste keer toedienen van het medicijn dient thuis te gebeuren.
- De ouder doet voor hoe het medicijn het beste kan worden toegediend, of geeft hiervoor duidelijke instructies aan de gastouder.
- Onderling, tussen ouder(s) en gastouder, worden duidelijke afspraken gemaakt over het toedienen van het medicijn.
- Er wordt bijgehouden wanneer het medicijn is toegediend.
- Wijzigingen (in bijvoorbeeld dosering of tijdstippen) worden tijdig doorgegeven en op de verklaring gewijzigd.

In noodgevallen neemt de gastouder contact op met:

	Naam	Relatie tot het kind	Telefoonnummer
1.			
2.			

Huisarts:
Adres:
Telefoonnummer:

Ondertekening ouder(s):

Ondertekening gastouder:

.....

.....

U kunt bij Gastouderbureau Piekeboe een digitaal formulier aanvragen.
Graag ontvangen wij een kopie van het ingevulde formulier.

