

Toestemmingsformulier toedienen paracetamol



Gegevens ouder(s)/verzorger(s)

Voornaam: _____ Achternaam: _____

Gegevens kind

Naam: _____ Geboortedatum: _____

Hierbij geef ik toestemming om mijn kind hierna genoemde medicijn(en) toe te dienen. Het medicijn wordt toegediend conform het doktersvoorschrift/bijsluiter dan wel mijn aanwijzingen.

Naam medicijn: Paracetamol (zetpil) _____

Het medicijn wordt verstrekt op voorschrift van:

- Naam en telefoonnummer behandelend arts:

- Naam en telefoonnummer apotheek:

- Op mijn eigen verzoek

Het medicijn dient gebruikt te worden van

_____ (begindatum) tot _____ (einddatum).

Dosering: 120/240 MG _____

Tijdstip(en): Zo nodig na telefonisch overleg _____

Manier van toedienen: Volgens instructies op de gebruiksaanwijzing _____

Voor akkoord

Datum: _____

Naam gastouder: _____

Handtekening: _____

Naam ouder: _____

Handtekening: _____



- Bij twijfel of onduidelijkheid neemt de gastouder direct contact op met de ouder.
- Wanneer bijwerkingen optreden als gevolg van het toedienen van het medicijn, draagt de ouder hier de eindverantwoordelijkheid voor.
- Deze verklaring heeft een geldigheid van maximaal 1 jaar.

Medicijnregistratie

Datum	Tijd	Toegediend door

