

## MEDICATIEFORMULIER

Naam kind: .....

Datum voorschrift: ..... Datum invullen formulier: .....

Eerste dosis medicatie gegeven op: ..... Einddatum behandeling: .....

Voorgeschreven door (naam dokter): .....

VAK IN TE VULLEN DOOR <u>OUDE</u> RS						VAK IN TE VULLEN DOOR <u>KINDERBEGELEIDING</u>									
Datum	Naam medicament(en)	Dosering	Tijdstip van toedienen	Manier van toedienen	Koelkast: Ja / Nee	Toegediend door: (Paraaf kinderbegeleid(st)ers)									
						Ma ../..	Di ../..	Wo ../..	Do ../..	Vr ../..	Ma ../..	Di ../..	Wo ../..	Do ../..	Vr ../..

Hierbij geven de ouders van bovenstaand kind VZW Vrije Kinderdagverblijven Veurne de opdracht om de omschreven medicatie toe dienen.

Voor alle medicatie hebben we steeds een bijgevoegd **doktersattest of een klevertje van de apotheek** op de medicatie nodig. Met volgende gegevens: Naam arts/apotheker, naam kind, naam geneesmiddel, afleverdatum, dosering, einddatum behandeling en wijze van toedienen.

Wij dienen enkel medicatie toe indien we over een medicatiefiche en dokters/apothekersattest beschikken.

Handtekening van de ouders: