

F 2.1.7.a Overeenkomst gebruik geneesmiddelen

| | |
|------------|----------------|
| Naam Kind: | Geboortedatum: |
| Locatie: | Groep: |

1. Hierbij geeft (naam ouder/verzorger):

Toestemming om zijn /haar kind 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 (zelfzorgmedicatie).

2. Naam geneesmiddel/zelfzorgmiddel:

3. Aandoening waar het geneesmiddel/zelfzorgmiddel voor gegeven wordt:

4. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van de arts: ja/nee

5. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt
van (begindatum): tot(einddatum):

6. Dosering:

7. Tijdstip:

| Uur | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|-----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | |

Bijzondere aanwijzingen:

(B.v. ... uur voor/ na de maaltijd; niet met melkproducten geven; zittend, op schoot, liggend, staand.)

8. Wijze van toediening:

(B.v. via mond – neus – oog – oor – huid - anaal – anders.....)

9. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel zal worden toegediend door (naam medewerker):

10. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats (koelkast of andere plaats):

11. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met (houdbaarheidsdatum):

12. Evaluatie van toediening is (datum):

13. Allergie en handelswijze:

14. **De eerste stap** kan bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact opnemen met de behandelend arts en/of apotheker voor informatie over het geneesmiddel.

15. **De eerste stap** is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel/zelfzorgmiddel.

Voor akkoord,

Plaats en datum:

Plaats en datum:

Naam ouder/verzorger:

Naam medewerker:

Handtekening:

Handtekening:

Indien het gaat om een medische handeling, dan handtekening arts:

Plaats en datum:

Naam arts:

Handtekening:

Indien het gaat om de EPI-pen of insulinespuit dan ook akkoord van manager:

Plaats en datum:

Naam manager:

Handtekening:

Zie D 2.7.1. Geneesmiddelen en medische handelingen welke geneesmiddelen en medische handelingen door medewerkers uitgevoerd mogen worden i.v.m. Wet BIG.