## http://cdn9.staztic.com/app/a/6247/6247520/jeugd-aktief-week-2015-100008-l-280x280.pngGebruik levensreddende geneesmiddelen

**Uitgangspunt is dat er geen medicijnen worden verstrekt aan kinderen, enkel levensreddende geneesmiddelen.**

Naam kind: ………………………………………………………… Geboortedatum kind:………………………………

Leeftijdsgroep : …………………..……………………………… Groepsnummer/naam groep…….……………..

Pasfoto kind:

Hierbij geeft *(naam ouder/verzorger)*: ……………………………………………………………..……………………

toestemming om zijn/haar kind tijdens het verblijf van de Jeugd Aktief week *(jaartal)*: …………… het hierna genoemde levensreddend geneesmiddel toe te laten dienen bij het hierboven genoemde kind.

*Het geneesmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift - zie etiket van de verpakking -.*

Naam en telefoonnummer huisarts of specialist: ………………………………………………………………

Toe te dienen geneesmiddel(en):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam geneesmiddel | Dosering | Bijzonderheden*Bijv. niet met melkproducten geven* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Reden dat de bovengenoemde geneesmiddelen toegediend dienen te worden (bv wat voor allergische reactie treedt er op)…………………………………………………………………………………………………………………

Wijze van toediening:………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wijze van bewaring in de eigen tas van het kind. Graag kortsluiten met de groepsleiding en AZ/CO.

Eventuele aandachtspunten na toedienen van medicatie *(vervolghandelingen en/of evt. bijwerkingen)*:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ouder/verzorger dient te allen tijde bereikbaar te zijn voor eventuele vragen, opmerkingen en/of handelingen.

Telefoonnummer ouder/verzorger: ………………………………………………………………………………………………….

Telefoonnummer ouder/verzorger: …………………………………………………………………………………………………

Voor akkoord,

Plaats en datum: ………………………………… Naam ouder/verzorger: ………………………………………………

Handtekening ouder/verzorger: …………………………………………………………….