



# Villa Valentijn Den Haag BV

kinderdagverblijf

## Overeenkomst gebruik geneesmiddelen Villa Valentijn Den Haag BV

### 1. Overeenkomst gebruik geneesmiddelen (in te vullen bij ieder meegebracht medicijn)

1. Hierbij geeft (naam ouder):.....  
ouder van (naam kind):.....  
toestemming aan onder genoemde leidster(s) om zijn kind tijdens het verblijf bij Villa Valentijn Den Haag, het hierna genoemde genees-/ zelfzorgmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind. Het genees-/ zelfzorgmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift (zie etiket van de verpakking), dan wel het verzoek van de ouders (zelfzorgmedicatie, verkregen zonder doktersrecept).
2. Naam genees-/ zelfzorgmiddel:.....
3. Het genees-/ zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:  
 Naam en telefoonnummer behandelend arts:.....  
 Naam en telefoonnummer apotheek:.....  
 Aanwijzing van de ouder zelf
4. Het genees-/ zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt  
Van (begindatum):.....tot (einddatum):.....
5. Dosering:.....
6. 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, zittend, op schoot, liggend, staand geven).

### 7. Wijze van toediening:

(B.v. via mond, neus, oog, oor, huid, anaal, anders.....):.....

### 8. Het genees-/ zelfzorgmiddel zal worden toegediend door (naam leidsters):

### 9. Het genees-/ zelfzorgmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats:

(B.v. ijskast of op een andere plaats):.....

### 10. Het genees-/ zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met (houdbaarheidsdatum):

### 11. In geval van een calamiteit met het toe te dienen genees-/ zelfzorgmiddel, dient Villa Valentijn Den Haag de volgende ouder te bellen, onder het volgende telefoonnummer (naam en telefoonnummer):

### 12. Evaluatie van toediening is (datum):.....

### 13. Villa Valentijn Den Haag kan bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact opnemen met de behandelend arts en/ of apotheker.

### 14. Villa Valentijn Den Haag is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende genees-/ zelfzorgmiddel.

Voor akkoord,

Plaats en datum:.....

Naam ouder:.....

Handtekening ouder:.....

Namens Villa Valentijn Den Haag,

Plaats en datum:.....

Naam leidster(s), door wie het medicijn wordt toegediend:.....

Handtekening leidster(s), door wie het medicijn wordt toegediend:.....

Let op! Alle leidsters die het medicijn toedienen, moeten hierboven, vooraf, hun naam en handtekening zetten.

