

Groepsnummer  
(hier niets invullen)

(Graag een pasfoto  
van uw kind)

## Overeenkomst gebruik geneesmiddelen

Hierbij geeft \_\_\_\_\_ (naam ouder/verzorger)  
van \_\_\_\_\_ (naam kind)

toestemming om zijn/haar kind tijdens het verblijf bij de hierboven genoemde stichting KinderVakantieWeek Gemert het hierna genoemde geneesmiddel/zelfzorgmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind. Per geneesmiddel/zelfzorgmiddel een formulier invullen!

Het geneesmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift - zie etiket op de verpakking -, dan wel het verzoek van de ouders bij zelfzorgmedicatie.

Naam geneesmiddel/zelfzorgmiddel:

---

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

Naam en telefoonnummer behandelend arts:

---

Naam en telefoonnummer apotheek:

---

Op aanwijzing van ouder/verzorger zelf:

---

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt:

van \_\_\_\_\_ (begindatum) tot \_\_\_\_\_ (einddatum)

Dosering: \_\_\_\_\_

---

Tijdstip:

uur	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Bijzondere aanwijzingen:

---

(voor, tijdens of na de maaltijd, niet met melkproducten, zittend, op schoot, liggend, staand, etc.)

**!! De EHBO is niet aansprakelijk bij vergeten doseringen of te laat gegeven dosering indien het programma van de KVW uitloopt !!**

*Dit formulier kun je inleveren op een nader te bepalen contact moment.  
Meer informatie hierover ontvang je te zijner tijd per mail van ons.*

Wijze van toediening:

- mond
- neus
- oor
- anders, nl. \_\_\_\_\_

- oog
- huid
- anaal

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient te worden bewaard op de volgende plaats:

\_\_\_\_\_

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De EHBO kan bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact opnemen met de behandelend arts en/of apotheker.

De EHBO is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar toegediende geneesmiddel/zelfzorgmiddel.

**VOOR AKKOORD:**

Naam ouder/verzorger: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Naam EHBO -er: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening ouder/verzorger

Handtekening EHBO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**!! De EHBO is niet aansprakelijk bij vergeten doseringen of te laat gegeven dosering indien het programma van de KVW uitloopt !!**