



Violenstraat 1a
7102 CN Winterswijk
☎ 0543 – 514687
💻 www.deschakel-winterswijk.nl
✉ directie@deschakel-winterswijk.nl

Toestemming medicijnverstrekking TSO

Hierbij verzoek ik, ouder/verzorger van _____
(naam kind, geb. datum) mijn kind tijdens de TSO op de hieronder beschreven manier een
genees-/zelfzorgmiddel toe te dienen.

- Naam genees-/zelfzorgmiddel _____
- Het wordt toegediend:
 - Conform doktersvoorschrift (zie etiket en bijsluiter)
 - Zonder doktersvoorschrift (zelfzorgmiddel)
- Het kind krijgt dit genees-/zelfzorgmiddel als behandeling voor _____
- Het middel moet in de koelkast bewaard worden: Ja Nee
- Moment van toedienen:
 - Op gezette tijden, namelijk:

Dag(en) - data	Tijdstip

In bepaalde situaties, namelijk:

- Wijze van toediening: _____ (bijv. via mond, neus, oog, oor, huid)
- Dosering: _____ (bijv. aantal druppels, zalf dik/dun smeren)
- Bijzondere aanwijzingen: _____
(bijv. voor/tijdens/na de maaltijd, enz)
- De TSO kan bij twijfel, onduidelijkheid of noodsituatie zelf contact opnemen met de behandelend arts en/of apotheker.

Naam en telefoonnummer arts: _____
Naam en telefoonnummer apotheek: _____

De TSO is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen en/of gevolgen die optreden als gevolg van het hierboven beschreven wijze toegediende genees-/zelfzorgmiddel.

Datum:

Handtekening ouder(s)

Handtekening overblijfcoördinator
