



Medicatieformulier in te vullen door de arts/apotheker.

Gelieve een behandelingsplan voor te schrijven dat buiten de Opvanguren kan toegediend worden. Indien medicatie 1 of 2 maal per dag toegediend moet worden, wordt dit thuis gegeven.
Aerosol: voorkeur Puff (met aërochamber) voor in het kinderdagverblijf.

Naam kind:
Leefgroep:
Naam dokter:
Tel dokter:/
Indicatie ziekte:.....
Startdatum:// 20..... Einddatum:// 20.....

Toediening in het kinderdagverblijf:		
Medicatie	Tijdstip	Dosering
.....
.....
.....
.....

Stempel + handtekening dokter/apotheker:



Medicatieformulier in te vullen door de arts/apotheker.

Gelieve een behandelingsplan voor te schrijven dat buiten de opvanguren kan toegediend worden. Indien medicatie 1 of 2 maal per dag toegediend moet worden, wordt dit thuis gegeven.
Aerosol: voorkeur Puff (met aërochamber) voor in het kinderdagverblijf.

Naam kind:
Leefgroep:
Naam dokter:
Tel dokter:/
Indicatie ziekte:.....
Startdatum:// 20..... Einddatum:// 20.....

Toediening in het kinderdagverblijf:		
Medicatie	Tijdstip	Dosering
.....
.....
.....
.....

Stempel + handtekening dokter/apotheker: