



Medicatieformulier Versie 1.0

Clientgegevens:

Naam kind:	
Geboortedatum:	
Naam wettelijk vertegenwoordiger:	

Medicatie:

Naam medicijn (merknaam):	
Dosering in mg/ml:	
Aantal:	
Tijdstip(pen) van inname:	
Toediening:	Mond / neus / oren / ogen / anders* :
Bijzonderheden inname:	

- Graag aangeven wat de merknaam is wat op de verpakking staat. Alleen de werkzame stof is niet voldoende.
- Capsules/ tabletten worden met water verstrekt, mits anders aangegeven.
- Per medicijn een apart formulier invullen.

Startdatum aanreiken door AMO:	
Wordt toegediend op advies van:	ouder/verzorger / arts *

Vervallen medicatie: (indien niet van toepassing hoeft u niets in te vullen)

Naam medicijn:		Datum stop medicatie:	
Naam medicijn:		Datum stop medicatie:	
Naam medicijn:		Datum stop medicatie:	

* Doorhalen wat niet van toepassing



Medicatieformulier Versie 1.0

- AMO wijst ouder/ verzorger er bij deze op dat de medicijnen **te allen tijde in de originele verpakking met bijsluiter moeten zitten, anders reikt AMO de medicatie niet aan.** U bent hier zelf verantwoordelijk voor.
- Wanneer er wijzigingen zijn met de medicatie, bent u zelf verantwoordelijk dit aan AMO te melden. Zonder uw schriftelijke toestemming mogen wij geen wijzigingen doorvoeren.
- Begeleiders van AMO hebben de medicatie gedurende de begeleiding in beheer en stoppen deze na het begeleidingsmoment terug in de tas.
- AMO kan niet aansprakelijk gesteld worden voor gevolgen naar aanleiding van het medicijngebruik, zolang er geen bewijs is van nalatig gedrag van de medewerker.

Wanneer er vragen zijn betreft het medicijngebruik kan de medewerker altijd contact met u opnemen.

Zonder handtekening van u is dit formulier niet geldig en zal de medicatie ook niet aangereikt worden.

Ondertekening

Naam wettelijk vertegenwoordiger:	
Datum ondertekening:	
Handtekening wettelijk vertegenwoordiger:	