



Toedienen medicatie op doktersvoorschrift

| | | |
|---|---------------------|--------------------------|
| Naam van het kind | | |
| Naam van het medicijn | | |
| Het medicijn dient genomen te worden van _____ tot _____ (begin- en einddatum) | | |
| Het medicijn dient genomen te worden: (tijdstippen : voor/tijdens/na de maaltijd/...) | | |
| Dosering: (aantal tabletten/...) | | |
| Wijze van gebruik: (oraal, percutaan, indruppeling, inhalering,...) | | |
| Wijze van bewaring: (bv.koel) | | |
| Mogelijke bijwerkingen: | | |
| Het medicijn mag niet genomen te worden indien: | | |
| Naam van de arts | | |
| Telefoonnummer van de arts | | |
| Datum | Stempel van de arts | Handtekening van de arts |