

MEDICIJNATTEST

Naam van het kind: _____

Naam van de ouder(s)/voogd: _____

Tel/GSM van de ouder(s)/voogd: _____

Naam dokter: _____

Telefoonnummer dokter: _____

Naam medicijn: _____

Vorm (tablet, siroop...): _____

Ter behandeling van: _____

Dosering (aantal tabletten, ml.): _____

Tijdstip(pen) van toediening: _____

Wijze van toediening: _____

(zelfstandig of door leiding, in eten of drank,...)

Eventuele einddatum: _____

Hoe bewaren (bv. koelkast): _____

Voorzorgen/opmerkingen/mogelijke bijwerkingen:

Datum: _____

Handtekening ouder(s)/voogd