

Medicatie formulier



Personalia client	
Voorletters en achternaam	
Voornaam (namen)	
Roepnaam	
Naam wettelijk vertegenwoordiger	
Startdatum aanreiken	
Wordt toegediend op advies van	☐ ouder/verzorger ☐ Arts

Medicatie	
Naam medicijn (merknaam)	
Dosering in mg/ml	
Aantal	
Tijdstip van inname	
Toediening	☐ Mond ☐ Neus ☐ Oren ☐ Ogen ☐ anders namelijk;
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.

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

- MAAT-begeleiding wijst ouder/ verzorger er bij deze op dat de medicijnen te allen tijde in de originele verpakking met bijsluiter moeten zitten, anders reikt MAAT-begeleiding de medicatie niet aan. U bent hier zelf verantwoordelijk voor.
- Wanneer er wijzigingen zijn met de medicatie, bent u zelf verantwoordelijk dit aan MAAT-begeleiding te melden. Zonder uw schriftelijke toestemming mogen wij geen wijzigingen doorvoeren.
- Begeleiders van MAAT-begeleiding hebben de medicatie gedurende de begeleiding in beheer en stoppen deze na het begeleidingsmoment terug in de tas.
- MAAT-begeleiding 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 is dit formulier niet geldig en zal de medicatie ook niet aangereikt worden

Ondertekening	
Naam wettelijk vertegenwoordiger	
Datum	
Handtekening	