

Toestemmingsformulier vrij verkrijgbare medicatie

Indien uw zoon/dochter op De Korenschoof gebruik maakt van medicatie die **niet** is voorgeschreven door arts/psychiater kunt u dat op dit formulier aangeven. Het gaat hier dus om medicatie die **niet** op het actueel medicatieoverzicht vermeld staat.

1. Algemene informatie			
Naam jeugdige:			
Geboortedatum:			
Naam ouder(s) /wettelijke vertegenwoordiger):			
2. Bijzonderheden/ overgevoelig voor:			
3. Overige medicatie			
Naam medicatie:	Tijdstip van Inname	Dosering (Hoeveel tabletten, capsules, druppels, mg/ml per keer)	Hoeveelheid / sterkte (Aantal mg/ml per tablet, capsules, druppels etc.)
Opmerkingen / toelichting:			
Startdatum:			
Einddatum (indien bekend):			

Mijn zoon/dochter kan zelfstandig de hierboven genoemde medicijnen in de juiste dosering en op het juiste tijdstip innemen en heeft daarbij géén hulp nodig van een medewerker van De Korenschoof. Wij als ouders/wettelijk vertegenwoordigers zijn hierbij eindverantwoordelijk.

☐ Ja

☐ Nee

Mijn zoon/dochter heeft begeleiding nodig bij het innemen van de juiste medicijnen op het juiste tijdstip (een medewerker van De Korenschoof reikt de medicatie aan).

☐ Ja

☐ Nee

Ondertekening:

Ondertekening voor akkoord ouders / wettelijk vertegenwoordiger(s)	
Datum:	
Is er sprake van één ouderlijk gezag? ¹⁾	ja / nee
Naam ouder/wettelijk vertegenwoordiger:	Handtekening:
Naam ouder/wettelijk vertegenwoordiger:	Handtekening:

1) Indien er sprake is van één ouderlijk gezag dient enkel de ouder met het ouderlijk gezag te ondertekenen. Indien beide ouders het gezag hebben, dienen beide ouders schriftelijk toestemming te verlenen voor het starten van het zorg- of behandeltraject voor de Jeugdige.

Ondertekening voor akkoord – door Jeugdige (indien 12+ jaar en wilsbekwaam)	
Datum:	
Naam Jeugdige:	Handtekening: