**Medicijnkaart - Kamp**

Om enig toezicht te houden op het medicijngebruik tijdens het kamp is het raadzaam om onderstaand formulier in te vullen en af te leveren bij de kampleider of groepsstaf. Zij zorgen dan voor de bewaring en juiste toediening van het/de medicijn(en).

|  |
| --- |
| **Persoonlijke, contact en zorg gegevens**  |
| Naam | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Groep | Kies een item. |
| Geboortedatum | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
|  |
| Tel. Thuis | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Tel. Bereikbaar tijdens kampweek | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
|  |
| Huisarts | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Ziektekostenverzekering  | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Polisnummer | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
|  |
|  |
| **Medicijn(en)**  |
| Naam medicijn(en) | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Waarvoor zijn de medicijnen | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Wanneer te gebruiken | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Welke dosis | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Bewaren in koelkast | [ ]  Ja [ ]  Nee |
|  |  |
| Bijzonderheden medicijn(en) | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
|  |  |
| Overige bijzonderheden zoals: bijwerkingen, allergieën, ’s nachts wakker maken etc. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
|  |
|  |
| **Overige aandachtspunten** |
| Zijn er nog overige aandachtspunten waar we op moeten letten? |
| Klik hier als u tekst wilt invoeren. |