



Medicatiefiche

Ondergetekende, _____ (familielid of _____)

van _____ (betrokkene)

vraagt om toezicht te houden door _____ (vrijwilliger)

bij het toedienen van onderstaande medicatie.

Naam medicatie*	Dosis en tijdstip	Wijze van toedienen

*De medicatie moet steeds in de **originele verpakking** – met de daarbij horende **bijsluiter** – klaarliggen.

Arts die de medicatie voorschreef Naam _____

Telefoonnummer _____

Hiermee verklaar ik als familielid (of _____) van de betrokkene volledig verantwoordelijk en aansprakelijk te zijn en te blijven voor eventuele nadelige gevolgen van de medicatie.

Datum

handtekening familielid of ...

