



2. Formulier: Medicijngebruik

FORMULIER MEDICIJNENGEBRUIK

Alleen medicijnen in originele verpakking met bijsluiten en origineel maatschapje en/of bekertje worden geaccepteerd

Algemene gegevens:

| | |
|----------------------------------|--|
| Naam gastkind: | |
| Naam huisarts en telefoonnummer: | |
| Naam vraagouder: | |
| Naam gastouder: | |
| Datum van toediening: | |

| | |
|--|---|
| Heeft het gastkind vandaag al eerder medicijnen gehad? | <input type="checkbox"/> Ja, tijdstip _____ <input type="checkbox"/> Nee |
| Wanneer mag het gastkind de medicijnen NIET krijgen? | |

Medicijn

| | |
|--|---|
| Naam medicijn: | |
| Hoeveel keer per dag en het doseringsadvies: | |
| Toedieningstijdstip(pen): | |
| Toedieningsvorm: | <input type="checkbox"/> Tablet <input type="checkbox"/> Neusspray <input type="checkbox"/> Drankje <input type="checkbox"/> Capsule <input type="checkbox"/> Zalf/Crème <input type="checkbox"/> Oordruppels <input type="checkbox"/> Zetpil <input type="checkbox"/> Inhalator <input type="checkbox"/> Poeder <input type="checkbox"/> Neusdruppel |
| Bijzonderheden: | <input type="checkbox"/> Voor het eten <input type="checkbox"/> Tijdens het eten <input type="checkbox"/> Na het eten |
| Innemen: | <input type="checkbox"/> Met drinken, zoals _____ <input type="checkbox"/> Zonder drinken |
| Medicijn bewaren: | <input type="checkbox"/> In de koelkast <input type="checkbox"/> Koel en droog <input type="checkbox"/> Anders; |
| Wat te doen als het gastkind de medicijnen uitbraakt, kort na de inname, of de medicijnen weigert? | |

De vraagouder is eindverantwoordelijk voor het toedienen van de medicijnen!!!!

| |
|--------------------------------|
| Handtekening vraagouder |
| |

| |
|-------------------------------|
| Handtekening gastouder |
| |



3. Registratieformulier: Ongevallen

Registratieformulier ongevallen Gastouderbureau Grave-Mill-Landerd en omgeving

| | |
|---|-----------------------------------|
| Datum ongeval :-..... - 20... | Naam gastouder: |
| Datum registratie :-..... - 20... | Woning van : gastouder/vraagouder |

1. Welk kind was bij het ongeval betrokken?

| | | |
|-------|-----------------|-----------|
| Naam: | jongen / meisje | leeftijd: |
|-------|-----------------|-----------|

2. Waren er andere personen (kind/ouder) bij het ongeval betrokken?

| | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> Ja, namelijk: |
|---------------------------|-------------------------------------|

3. Waar vond het ongeval plaats?

| | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Speelplein/buiten | <input type="radio"/> Keuken | <input type="radio"/> Trap |
| <input type="radio"/> Entree, garderobe, gang | <input type="radio"/> Toilet | <input type="radio"/> Woonkamer |
| <input type="radio"/> Berg/wasruimte | <input type="radio"/> Badkamer | <input type="radio"/> Slaapkamer |
| <input type="radio"/> Anders, namelijk: | | |

4. Hoe ontstond het letsel?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Ergens vanaf gevallen | <input type="radio"/> Gesneden of geprikt | <input type="radio"/> Bekneld geraakt |
| <input type="radio"/> Gestruikeld/uitgegleden/verstapt | <input type="radio"/> Ergens aan gebrand | <input type="radio"/> Vergiftiging |
| <input type="radio"/> Ergens tegenaan gestoten of gebotst | <input type="radio"/> Ergens door geraakt | <input type="radio"/> (Bijna) verdrinking |
| <input type="radio"/> Onderling contact: stoeien, bijten, slaan, etc. | <input type="radio"/> Anders, namelijk | |

5. Waar was het kind mee bezig?

| |
|--|
| |
|--|

6. Beschrijf het ongeval in eigen woorden

| |
|--|
| |
|--|

7. Wat voor letsel heeft het kind opgelopen?

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Ontwrichting (bv: schouder uit de kom) | <input type="radio"/> Verstuijing/verzwikking | <input type="radio"/> Botbreuk |
| <input type="radio"/> Kneuzing/bloeduitstorting | <input type="radio"/> Schaafwond | <input type="radio"/> Open wond |
| <input type="radio"/> Anders, namelijk: | | |



8. Wat is het lichaamsdeel, waaraan het kind letsel heeft opgelopen?

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Arm (inclusief schouders, sleutelbeen) | <input type="checkbox"/> Hoofd | <input type="checkbox"/> Romp (inclusief rug) |
| <input type="checkbox"/> Been (inclusief heup) | <input type="checkbox"/> Nek | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: |

9. Is het kind naar aanleiding van het ongeval behandeld?

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Huisarts | <input type="checkbox"/> Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis |
| <input type="checkbox"/> Opgenomen in een ziekenhuis | <input type="checkbox"/> Nee, of anders, namelijk: |

10. Hoe kan het ongeval in de toekomst worden voorkomen?

| |
|--|
| |
|--|



4. Formulier: Noodnummers

| |
|---|
| In geval van nood of letsel; spreek hier af welke acties de GO moet worden genomen: |
| - |
| - |
| - |
| - |

| | |
|--|--------|
| Wie moet er als eerste door de gastouder worden gebeld? | |
| 1 ^{ste} Noodnummer: | Naam: |
| 2 ^{de} Noodnummer: | Naam: |
| Naam huisarts: | Adres: |
| Telefoonnummer : | |
| Naam tandarts: | Adres: |
| Telefoonnummer : | |
| Politie kantoor: | |
| Politie, brandweer, ambulance NOOD: 112 | |

| | |
|--|---------------|
| Waar zijn de ouders overdag bereikbaar? | |
| Telefoonnr. werk vader | Naam bedrijf: |
| Telefoonnr. werk moeder | Naam bedrijf: |

| | |
|---|-------|
| Indien onbereikbaar wie kunnen eventueel verder nog worden ingeschakeld of gebeld? (buren, opa en oma, ect.) | |
| Telefoonnummer: | Naam: |
| Telefoonnummer: | Naam: |
| Telefoonnummer: | Naam: |

| | |
|--|-------|
| Als er iets met gastouder is! | |
| Denk hieraan ook in het geval er met de gastouder zelf iets aan de hand zou zijn! Geef ook een kopie van deze lijst aan de mensen die op de noodlijst voorkomen!! Zodat zij ook over deze nummers beschikken | |
| 1 ^{ste} Noodnummer: | Naam: |
| 2 ^{de} Noodnummer: | Naam: |

In geval u niemand kunt bereiken neem dan contact op met GOB Grave-Mill-Landerd
0486-421637 / 06-51202055