

***Verklaring toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek***

*Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:*

Naam leerling: .................................................................................................................................

Geboortedatum: ..............................................................................................................................

Adres ................................................................................................................................................

Postcode en plaats: ..........................................................................................................................

Naam ouder(s)/verzorger(s): ...........................................................................................................

Telefoon eerste contactpersoon (bij voorkeur GSM): .....................................................................

Telefoon tweede contactpersoon (bij voorkeur GSM): ..................................................................

Telefoon werk: .................................................................................................................................

Naam huisarts: ................................................................................................................................

Telefoon: ..........................................................................................................................................

Naam specialist: ...............................................................................................................................

Telefoon: ..........................................................................................................................................

*De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:*

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

*Naam van het medicijn:*

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

*Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:*

……… uur / ……… uur / ……… uur / ……… uur

*Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dosering van het medicijn:

.........................................................................................................................................................

Wijze van toediening:

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

*Wijze van bewaren:*

.........................................................................................................................................................

*Duur:*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Controle op vervaldatum door: (naam) ..........................................................................................

Functie: ...........................................................................................................................................

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde leraar die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

Naam: ..............................................................................................................................................

Ouder/verzorger: .............................................................................................................................

Plaats ...............................................................................................................................................

Datum: .............................................................................................................................................

Handtekening: .................................................................................................................................

*Instructie voor medicijntoediening:*

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op (datum) ..................................

*Door:*

Naam: . .............................................................................................................................................

Functie: . ..........................................................................................................................................

Naam instelling: ...............................................................................................................................

*Aan:*

Naam: . .............................................................................................................................................

Functie: . ..........................................................................................................................................

Naam en plaats school: ....................................................................................................................