

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 thuis: _____
Telefoon werk: _____
Naam huisarts: _____ Telefoon: _____
Naam specialist: _____ Telefoon: _____

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

Naam van het medicijn:

Medicijn dient dagelijks toegediend te worden 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:

Controle op vervaldatum door:

(naam): _____

Medicijninstructie

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

Door:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (instelling)

Aan:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (naam school en plaats)

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

Naam: _____

Ouder / verzorger: _____

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening: _____