

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 verstrekker van het medicijn: _____

Functie: _____

Telefoon: _____

Naam specialist: _____

Telefoon: _____

De medicijnen zijn nodig voor het onderstaande ziekte:

Naam van het medicijn:

Eventuele bijwerkingen van het medicijn:

Hoe te handelen indien bijwerkingen zich voordoen:

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

Medicijnverstrekking

Ook ommezijde invullen!

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

_____ uur _____ uur
_____ uur _____ uur

Dosering van het medicijn:

Wijze van toediening:

Wijze van bewaren:

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

Naam: _____

Ouder/Verzorger: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Deze verklaring geldt tot _____ (max. 1 jaar)

MEDICIJNINSTRUCTIE

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op:

_____ (datum)

DOOR:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (instelling)

AAN:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (naam,school+plaats)

