

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 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:

Controle op vervaldatum door:

_____ (naam)

_____ (functie)

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, blijft de verantwoordelijke voor het toedienen van de medicijnen. Ondergetekende 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: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

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)