

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):

.....

Ook ommezijde invullen

Dosering van het medicijn:

.....

Wijze van toediening:

.....

Wijze van bewaren:

.....

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:

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)