

Toestemmingsformulier tbv het verstrekken van medicijnen op verzoek

voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

naam leerling: _____ groep: _____

geboortedatum: _____

adres: _____

postcode: _____ woonplaats: _____

zoon / dochter van: _____
(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: _____ 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: _____

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening: _____

=====

MEDICIJNINSTRUCTIE

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

door: naam: _____ functie: _____

van: _____ (instelling)

aan: _____

functie(s): _____

van: _____ (naam + plaats school)

Bijlage: ja/nee, t.w.