 **Verklaring**

m.b.t.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

Medicijnen mogen alleen worden toegediend in de volgende situaties:
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

Ondergetekende:

Naam:
ouder/ verzorger:
plaats:
datum:

Handtekening:

|  |
| --- |
| **Medicijninstructie (indien noodzakelijk)**Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op (datum):Door:Naam:Functie:Van (instelling):Aan:Naam:Functie:Van: (school en plaats) |