

Toestemmingsverklaring medicijnverstrekking op school

Ondergetekende geeft toestemming aan de school voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

Naam leerling: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Naam ouder(s) / verzorger(s): _____

Telefoon mobiel: _____

Telefoon werk / thuis: _____

Naam huisarts: _____

Telefoon: _____

Naam specialist: _____

Telefoon: _____

Dagelijks medicijn:

Het medicijn is nodig voor onderstaande aandoening of ziekte:

Naam van het medicijn:

Tijdstippen van dagelijkse toediening:

Dosering van het medicijn:

Wijze van toediening:

Wijze van bewaring:

Controle op vervaldatum door (naam ouder):

Medicijnen die alleen in bepaalde situaties toegediend moeten worden

Naam van het medicijn:

Situaties waarin dit medicijn toegediend mag / moet worden:

Dosering van het medicijn:

Wijze van toediening:

Wijze van bewaring:

Controle op vervaldatum door (naam ouder):

MEDICIJNINSTRUCTIE:

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

De instructie is gegeven door (naam + functie): _____

De instructie is gegeven aan (naam + functie): _____

School: _____

Ouder / verzorger,

d.d. _____

Naam: _____

Handtekening: _____

Ouders dienen dit formulier te ondertekenen. Indien dit niet gebeurt, dan kan Stichting De Waarden geen verantwoordelijkheid dragen.