|  |
| --- |
| Toestemmingsformulier toedienen medicatie |



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

***Naam leerling:*** *………………………………………………………………….*

***Geboortedatum:*** *…………………………………………………………………*

***Adres:*** *………………………………………………………………….*

***Postcode:*** *………………………………………………………………….*

***Woonplaats:*** *………………………………………………………………….*

Zoon / Dochter van: …………………………………………………………………

Telefoon thuis: ………………………………………………………………….

Telefoon werk: ………………………………………………………………….

Naam huisarts: ………………………………………………………………….

Telefoon: ………………………………………………………………….

Naam specialist: ………………………………………………………………….

Telefoon: ………………………………………………………………….

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte(s):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Naam van het medicijn(en)\*:

1. ……………………………………………………………………………………...
2. ……………………………………………………………………………………...

Medicijn(en) dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijd(en):

…………………………………uur

…………………………………uur

…………………………………uur

…………………………………uur

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dosering van het/de medicijn(en):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wijze van toediening:

………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wijze van bewaren:

………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

\*Controle op vervaldatum door ouders/docent.

================================================================

*Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de leerkracht(en), toestemming voor het toedienen van bovengenoemd(e) medicijn(en).*

*Tevens erkennen zij dat de school c.q. de leerkracht(en) niet aansprakelijk gesteld kan worden voor optredende bijwerkingen of vergissingen bij toedienen van het betreffende medicijn*

*Naam: ………………………………………………………………………….*

*Plaats …………………………………………………………………………:*

*Datum: ………………………………………………………………………….*

*Handtekening: ……………………………………………………………………...*