

Formulier: Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

Verklaring: Toestemming medicijnverstrekking

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q de hieronder genoemde medewerker van school die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de hieronder genoemde medicijnen:	
naam leerling:	geboortedatum:
adres:	
postcode:	plaats:
telefoon thuis/mobiel:	telefoon werk:
naam huisarts:	telefoon:
naam specialist:	telefoon:
De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte/aandoening:	
Naam van het medicijn:	
Toediening	
De medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s)/omstandigheden:	
De medicijnen dienen geregeld te worden toegediend: Op deze dag(en):	
Op deze tijden:	
Wijze van toediening en dosering:	
Eventuele aanvullende opmerkingen tav toediening:	
Wijze en plek van bewaren:	
Controle op vervaldatum door: (naam)	functie:
Naam ouder/verzorger:	
Plaats:	Datum:
Handtekening:	