

■ Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

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

Naam: _____

geboortedatum: _____

adres: _____

postcode en plaats: _____

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

telefoon thuis: _____

telefoon werk/mobiel _____

naam huisarts: _____

telefoon: _____

naam specialist: _____

telefoon: _____

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

Naam van het medicijn:

Het 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 (hoeveelheid) van het medicijn en periode van gebruik:

Wijze van toediening: _____

Wijze van bewaren en opbergen _____

Controle op vervaldatum door (naam) _____

functie: _____

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

Naam ouder/verzorger: _____

plaats: _____

datum: _____

Handtekening: _____