



Toestemmingsformulier voor het verstrekken van medicijnen op verzoek

Verklaring - Toestemming voor het verstrekken van medicijnen op verzoek

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

Naam leerling: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en Plaats: _____

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

Telefoon thuis: _____ Mobiel nummer: _____

Telefoon werk: _____

Naam huisarts: _____ Gezondheidscentrum: _____

Telefoon: _____

Naam specialist: _____ Ziekenhuis: _____

Telefoon: _____ Afdeling: _____

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte: _____

Naam van het medicijn: _____

De medische handeling moet dagelijks worden uitgevoerd op onderstaande tijden:

_____uur _____uur

_____uur _____uur



Toestemmingsformulier voor het verstrekken van medicijnen op verzoek

Verklaring - Toestemming voor het verstrekken van medicijnen op verzoek (deel 2)

De medische handeling mag alleen worden uitgevoerd in de volgende situatie(s):

Dosering van het medicijn: _____

Wijze van toediening: _____

Controle op vervaldatum door: _____

Naam: _____

Functie: _____

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee de school c.q. de hieronder genoemde leerkracht(en) die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen

Onderteken voor akkoord of gezien

Naam ouder/verzorger _____ Handtekening ouder/verzorger _____

Plaats _____ Datum _____

INSTRUCTIE MEDISCH HANDELEN EN CONTROLE OP DE JUISTE UITVOERING

Datum instructie en controle: _____

De medicijninstructie is gegeven door:

Naam: _____

Functie: _____

Naam instelling: _____

De medicijninstructie is ontvangen door:

Naam: _____

Functie: _____

School/plaats: _____