



Toestemming tot het verstrekken van medicatie op verzoek

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

Naam leerling: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Postcode en plaats: _____
Naam ouder(s)/verzorger(s): _____
Telefoon thuis: _____
Telefoon werk: _____
Naam huisarts: _____
Telefoon: _____
Naam specialist: _____
Telefoon: _____
De medicijnen zijn nodig voor aandoening: _____
Naam van het medicijn: _____
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 van de medicatie: _____

Wijze van toediening: _____

Wijze van bewaren: _____

Manier waarop de 'medische handeling' moet worden uitgevoerd

Controle op vervaldatum door: (naam) _____
Functie: _____

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

Naam leerkracht: _____
Naam BHV: _____
Ouder/verzorger: _____
Plaats: _____
Datum: _____
Handtekening: _____