

TOESTEMMINGSFORMULIER



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

_____ (naam leerling)

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Zoon / dochter / pupil van:

_____ (naam ouders(s)/verzorger(s))

Telefoon thuis: _____ Telefoon werk: _____

Naam huisarts: _____ Telefoon: _____

Naam specialist: _____ Telefoon: _____

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

Naam 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 van het medicijn: _____

Wijze van toediening: _____

Wijze van bewaren: _____

Controle op vervaldatum door: _____ functie: _____

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

Naam: _____

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening:

MEDICIJNINSTRUCTIE

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op : _____ (datum)

Door: _____ naam: _____

Functie: _____

Van (instelling): _____

Aan: _____

Functie(s): _____

Van: _____ (naam + plaats school)