

**Verklaring: Toestemming tot het verstrekken van medicijnen 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 onderstaande ziekte:

.....  
.....

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 het medicijn:

.....  
.....

Wijze van toediening:

.....  
.....

Wijze van bewaren:

.....  
.....

Controle op vervaldatum door: (naam).....

functie: .....

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

naam: .....

ouder/verzorger: .....

plaats .....

datum: .....

Handtekening: .....