#

# Bijlage - Het verstrekken van medicijnen op verzoek

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

naam leerling: ………………

geboortedatum:

telefoon thuis / werk:

naam, tel no. huisarts:

naam, tel no. specialist: .

De medicijnen zijn nodig voor: ……………………………….…………………………………………………………………………………..

Naam van het medicijn: ……………………………………………………………………………………………………………..................

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

…… uur / …… uur / …… uur / …… uur
(Anders:
Geef aan in welke specifieke situatie het toegediend mag worden …………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………)

 G D

Dosering van het medicijn: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Wijze van toediening: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wijze van bewaren: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Controle op vervaldatum door: (naam, 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 de bovengenoemde medicijnen:**

**naam:
ouder/verzorger:
plaats
datum:
Handtekening:**

**Ouders zorgen voor een adequate instructie voor het verstrekken van de medicijnen.**