



## Het verstrekken van medicijnen op verzoek

### Toestemmingsformulier

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

Naam leerling: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Zoon/dochter/pupil van: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (naam ouder(s)/verzorger(s))

Telefoon thuis: \_\_\_\_\_ telefoon werk: \_\_\_\_\_

Naam huisarts: \_\_\_\_\_ telefoon: \_\_\_\_\_

Naam specialist: \_\_\_\_\_ telefoon: \_\_\_\_\_

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte/aandoening:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Naam van het medicijn: \_\_\_\_\_

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend in de volgende situaties:

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ uur

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ uur

Anders n.l.: \_\_\_\_\_

Medicijnen mogen alleen toegediend worden in de volgende situaties:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Ommezijde ook invullen!**

Naam en dosering van het medicijn: \_\_\_\_\_

Wijze van toediening: \_\_\_\_\_

Wijze van bewaren: \_\_\_\_\_

Controle op vervaldatum door: \_\_\_\_\_ functie: \_\_\_\_\_

- De leerkracht/school is niet aansprakelijk voor het tijdig innemen van de medicijnen.
- De leerkracht/de school zal geen zepillen en/of injecties toedienen

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

Naam: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Handtekening:  
\_\_\_\_\_

### **Medicijninstructie:**

Er is instructie gegeven over het toedien van het medicijn op: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (datum)

Door: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Van instelling: \_\_\_\_\_

Aan: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Van school): \_\_\_\_\_

Plaats school: \_\_\_\_\_