



Bijlage 2

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
Of

Mag alleen worden uitgevoerd in de hieronder nader omschreven situatie (shock, allergie, acuut):

.....
.....

Dosering van het medicijn:

.....
.....

Wijze van toediening:

.....
.....



Wijze van bewaren:

.....
.....

Controle op vervaldatum door: (naam)

.....

functie:

Wij spreken het volgende af als er een calamiteit ontstaat:

.....
.....
.....

U als ouders/verzorgers bent verplicht en verantwoordelijk voor het actueel houden van de noodzakelijke gegevens van dit formulier zolang uw kind bij ons op school zit. U verklaart om die reden ook dat u veranderingen direct zult doorgeven aan de directie en de betreffende leerkracht van de school.

Voor elk schooljaar geldt dat u zorg draagt dat de betreffende leerkracht instructie heeft gehad voor het toedienen van het medicijn. U zorgt ervoor dat u dit betreffende document elk schooljaar opnieuw invult. U kunt dit formulier aanvragen bij de directie van onze school.

U verklaart dat u dit formulier naar waarheid heeft ingevuld en dat u eindverantwoordelijke blijft voor het goed toedienen van de medicijnen door derden.



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

naam:

ouder/verzorger:

plaats

datum:

Handtekening:

Instructie voor medicatietoediening:

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

Door:

naam:

functie:

naam instelling:

Aan:

naam:

functie:

naam en plaats school:

