|  |
| --- |
| Bijlage 2 - Het verstrekken van medicijnen op verzoek |
| **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 huisarts |  |
| Medicatie is nodig voor | *Noem hier de aandoening / ziekte* |
| Naam van het medicijn |  |
| **Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden (+ dosering):** |
| Maandag | ...uur  | …mg |
| Dinsdag | ...uur | …mg |
| Woensdag | ...uur | …mg |
| Donderdag | ...uur | …mg |
| Vrijdag  | ...uur | …mg |

|  |
| --- |
| **Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):** |
|  |
| Dosering van het medicijn:  |  |
| Wijze van toediening: |  |
| Wijze van bewaren: |  |
| 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: |
| Ondergetekende naam |  |
| ouder/verzorger van |  |
| Plaats en datum |  |
| Handtekening |  |
| **Instructie voor medicijntoediening:** (alleen invullen indien van toepassing) |
| Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op (datum) |  |
| Door (naam en handtekening) |  |
| Functie  |  |
| Naam instelling |  |
| Aan (naam en handtekening) |  |
| Functie  |  |
| Naam en plaats school |  |