|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |