

**TOESTEMMINGSFORMULIER
MEDICIJNVERSTREKKING**

voor het toedienen 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:

Naam van het medicijn: _____

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

_____ uur _____ uur

_____ uur _____ uur

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

Dosering van het medicijn: _____

Wijze van toediening: _____

Wijze van bewaren: _____

Controle op vervaldatum door: _____ functie: _____

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

Naam: _____

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening:

=====

MEDICIJNINSTRUCTIE

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

door: _____ naam: _____

functie: _____

van: _____

(instelling)

aan: _____

functie(s): _____

van: _____ (naam +
plaats school)

