**OVEREENKOMST GEBRUIK GENEESMIDDELEN**

Hierbij geeft (naam ouder/ verzorger)

…………………………………………………………………………………………………………………...

ouder/ verzorger van (naam kind)

…………………………………………………………………………………………………………………...

toestemming om zijn/ haar kind tijdens het verblijf op de Auris Ammanschool het hierna genoemde geneesmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemde kind. Het geneesmiddel wordt toegediend
conform doktersvoorschrift, zie etiket van de verpakking.

Naam geneesmiddel:………………………………………………………………………………………….

Het geneesmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

0 naam en telefoonnummer behandelend arts:……………………………………………………..

0 naam en telefoonnummer apotheek:……………………………………………………………….

0 op aanwijzing van de ouder zelf

Het middel dient te worden verstrekt van ….-…..(begindatum) tot….-….(einddatum).

Dosering:………………………………………………………………………………………………………..

Tijdstip (omcirkelen): Uur 9 10 11 12 13 14 15

Bijzondere aanwijzingen (bijv. voor de maaltijd, zittend, liggen, niet met melkproducten):…………....

…………………………………………………………………………………………………………………...

Wijze van toediening:………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………

Het middel wordt bewaard:……………………………………………………………………………………

Het middel is houdbaar tot:…………………………………………………………………………………...

Evaluatie van toediening is:…………………………………………………………………………………..

De Auris Ammanschool is niet aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als
gevolg van het door haar personeel toegediende middel.

Voor akkoord,

Plaats en datum:……………………………………………………………………………………………….

Naam ouder/ verzorger: ………………………………… Handtekening:………………………………..

Namens Auris Ammanschool

Plaats en datum:……………………………………………………………………………………………….

Naam leerkracht………………..……………………….. Handtekening:………………………………..