

Verklaring toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

Ondergetekende ouder(s) / verzorger(s) geeft / geven hierbij aan de school c.q. aan de geïnstrueerde leraar(en) van hieronder genoemde leerling toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijnen.

Naam kind	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Naam ouder(s) / verzorger(s)	
Telefoon thuis	
Telefoon werk	
Naam huisarts	
Telefoon	
Naam specialist	
Telefoon	
Naam van het medicijn	
<p>Vallend binnen de categorie (aanvinken wat van toepassing is):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neus-, oog- of oordruppels; <input type="checkbox"/> Drankjes, zalfjes; <input type="checkbox"/> Afmaken van antibioticakuur; <input type="checkbox"/> Homeopathische medicijnen; <input type="checkbox"/> Antiallergeen medicijnen; <input type="checkbox"/> Medicijnen in het kader van astmatische aandoeningen; <input type="checkbox"/> Medicijnen in het kader van epileptische aandoeningen; <input type="checkbox"/> Medicijnen in het kader van diabetes (geen injecties); <input type="checkbox"/> Medicijnen in het kader van koortsstuipen; <input type="checkbox"/> Medicijnen in het kader van pijnbestrijding; <input type="checkbox"/> Medicijnen in het kader van hyperactieve kinderen; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	
Nodig voor (ziekte)	
Dient dagelijks te worden toegediend op (tijden)	uur uur uur
en/of alleen in de volgende situatie(s)	

Dosering van het medicijn	
Wijze van toediening	
Wijze van bewaren	
Vervaldatum medicijn	

MEDICIJNINSTRUCTIE

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

Door:
 naam: _____

Relatie met kind: _____

Aan:
 naam: _____
 functie: _____
 van GOO opvang en onderwijs

Plaats: _____ d.d.: _____ (datum)

Handtekening ouder(s)/ verzorger(s): _____