

Verklaring Medicijngebruik

Toestemming tot het verstrekken van medicijnen voor de periode van.....tot

..... (maximaal tot einde schooljaar)

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/mobiel:	
Telefoon werk:	
Naam huisarts:	
Telefoon huisarts:	
Naam specialist:	
Telefoon specialist	

De medicijn(en) 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 en voorraad door de ouder/verzorger.

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde leerkracht/tso coördinator die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van (de) bovengenoemd medicijn(en):

Naam ouder/verzorger: _____

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening:

**Bovenstaande is een verzoek van de ouder/verzorger en een service van de school.
De ouder/verzorger blijft te allen tijde eindverantwoordelijk voor zijn of haar zoon of dochter.**

MEDICIJNINSTRUCTIE	
Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijn(en) op:	_____
Instructie gegeven door:	_____
Functie:	_____
Instructie gegeven aan:	_____
Functie:	_____
Werkzaam op De Rank	