

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: _____

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: _____ (naam)

_____ (functie)

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

Naam: _____

Ouder/verzorger: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Medicijninstructie

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op:

_____ (datum)

Door:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (instelling)

Aan:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (naam school
en plaats)

Verklaring Toestemming tot het uitvoeren van medische handelingen

Ondergetekende geeft toestemming voor uitvoering van de zogenaamde 'medische handeling' op school bij:

naam leerling: _____
geboortedatum: _____
adres: _____
postcode en plaats: _____

naam ouder(s)/verzorger(s): _____
telefoon thuis: _____
telefoon werk: _____

naam huisarts: _____
telefoon: _____
naam specialist: _____
telefoon: _____

naam medisch contactpersoon: _____
telefoon: _____

Beschrijving van de ziekte waarvoor de 'medische handeling' op school bij de leerling nodig is:

Omschrijving van de uit te voeren 'medische handeling':

De 'medische handeling' moet dagelijks worden uitgevoerd op onderstaande tijden:

_____ uur
_____ uur
_____ uur
_____ uur

De 'medische handeling' mag alleen worden uitgevoerd in de hieronder nader omschreven situatie:

Manier waarop de 'medische handeling' moet worden uitgevoerd:

Eventuele extra opmerkingen

Bekwaamheidsverklaring aanwezig ja/nee

Instructie medisch handelen

Instructie van de 'medische handeling' + controle op de juiste uitvoering is gegeven op:

_____ (datum)

Door:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (instelling)

Aan:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (naam school en plaats)

Ondergetekende:

Naam: _____

Ouder/verzorger: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____