

Bijlage 2

**Verklaring
Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek**

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijnen aan:

Naam leerling: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode & plaats: _____

Naam ouders/verzorgers: _____

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

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

Dosering van het medicijn: _____

Wijze van toediening: _____

Wijze van bewaren: _____

Controle op vervaldatum door: _____

Functie en eventuele bijwerkingen: _____

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

Naam: _____

Ouder/verzorger: _____

Handtekening: _____

Plaats: _____ Datum: _____

Medicijninstructie

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

DOOR:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (instelling)

AAN:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (school)