

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

Bij een verandering van medicatie of dosering van bestaande medicatie informeert de ouder/verzorger schriftelijk de schoolleiding c.q. de leerkracht die de medicijninstructie heeft gehad.

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/aandoening:

Naam van het medicijn:

Wijze van toediening medicijn:

Structureel / incidenteel (doorhalen wat niet van toepassing is)

Medicijn structureel toedienen op onderstaande dagen en tijden:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DAG |  | Tijdstip | Tijdstip |
| Maandag |  |  |  |
| Dinsdag |  |  |  |
| Woensdag |  |  |  |
| Donderdag |  |  |  |
| Vrijdag |  |  |  |

De medicijnen mogen alleen incidenteel worden toegediend in de volgende situaties:

Dosering van de medicijnen:

Wijze van toedienen:

Wijze van bewaren:

Controle op vervaldatum door:

Functie:

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 leerkracht(en):

Ouder/verzorger:

Plaats:

Datum:

Handtekening: