



Dosering van het medicijn:

.....

Wijze van toediening:

.....

Wijze van bewaren:.....

Controle van vervaldatum door:(Naam)
functie:

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

Naam:
Ouder/verzorger van:
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:(School)

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:

Naam ouder(s):
Telefoon thuis:
Mobiele nummer :
Telefoon werk :

Naam huisarts:
Telefoon:
Naam specialist:
Telefoon:

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

.....
.....

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

..... uur
..... uur
..... uur
..... uur

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

.....
.....