Verklaring: Toestemming tot het verstrekken van medicatie op verzoek

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicatie en is verantwoordelijk voor de medicatie-instructie en het controleren van de vervaldatum.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam leerling |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en plaats |  |
|  | |
| Naam ouder(s)/verzorger(s) |  |
| Telefoon thuis |  |
| Telefoon mobiel |  |
| Telefoon werk |  |
|  | |
| Naam huisarts |  |
| Telefoon |  |
| Naam specialist |  |
| Telefoon |  |

|  |
| --- |
| Naam medicatie: |
| Medicatie is nodig voor: |
| Medicatie mag alleen worden toegediend in de volgende situaties: |
| Tijd van inname: |
| Dosering van de medicatie: |
| Wijze van toediening: |
| Wijze van bewaren: |

|  |  |
| --- | --- |
| Handtekening ouders/verzorgers:  Datum: | Handtekening groepsleerkracht(en)  Datum: |