

Aanvraag medicijnverstrekking

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

Naam leerling : _____

Geboortedatum : _____

Adres : _____

Postcode en plaats : _____

Naam ouder(s)/verzorger(s) : _____

Telefoon thuis : _____

Telefoon werk : _____

Naam huisarts : _____

Telefoon : _____

Naam specialist : _____

Telefoon : _____

De medicatie zijn nodig voor onderstaande ziekte:

Naam van de medicatie:

Medicatie dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

_____ uur
_____ uur
_____ uur
_____ uur

De medicatie mag alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

Dosering van de medicatie:

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 persoon die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicatie.

Naam : _____

Ouder / verzorger : _____

Plaats : _____

Datum : _____

Handtekening : _____

Medicijninstructie

Er is een instructie gegeven over het toedienen van de medicatie op:

_____ (datum)

Door:

Naam : _____

Handtekening : _____

Functie : _____

Van : _____ (instelling)

Aan:

Naam : _____

Functie : _____

Van : _____ (naam school en plaats)

Aan: : _____

Naam : _____

Functie : _____

Van : _____ (naam school en plaats)