

**Toestemmingformulier toediening medicatie**

*Ondergetekende ouder/verzorger geeft middels dit formulier toestemming om zijn of haar kind tijdens schooltijd genoemde medicatie toe te dienen.*

|  |  |
| --- | --- |
| naam leerling |  |
| geboortedatum |  |
| naam ouder(s)/verzorger(s) |  |
| telefoonnummer |  |
| naam huisarts |  |
| telefoonnummer huisarts |  |

|  |  |
| --- | --- |
| naam medicijn |  |
| medicijn is nodig voor de volgende ziekte |  |
| medicijn dient te worden gegeven | data; van . . - . . - . . . . tot . . - . . - . . . .  tijdstip; ……. uur / …….. uur / …….. uur |
| dosering |  |
| wijze van toediening | * via mond * via oog * via oor * via neus * anders namelijk ……………………………………. |
| bijzonderheden (bijv………uur voor de maaltijd, niet i.c.m. melkproducten, zittend/liggend etc) |  |
| medicijn wordt bewaard | * in de koelkast * buiten de koelkast |

*De ouder is bekend met de werking van het medicijn en heeft dit reeds zelf toegediend. De leerkracht is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door de leerkracht toegediende medicijn.*

**Voor akkoord**

Datum: Handtekening ouder/verzorger:

………………………………………………….. …………………………………………………..