

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	<input type="radio"/> via mond <input type="radio"/> via oog <input type="radio"/> via oor <input type="radio"/> via neus <input type="radio"/> anders namelijk
bijzonderheden (bijv.....uur voor de maaltijd, niet i.c.m. melkproducten, zittend/liggend etc)	
medicijn wordt bewaard	<input type="radio"/> in de koelkast <input type="radio"/> 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:

.....