|  |
| --- |
| ***Verklaring toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek*** |
| Ondergetekende ouder(s) / verzorger(s) geeft / geven hierbij aan de school c.q. aan de geïnstrueerde leraar(en) van hieronder genoemde leerling toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijnen.  |
| Naam kind |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Naam ouder(s) / verzorger(s) |  |
| Telefoon thuis |  |
| Telefoon werk |  |
| Naam huisarts |  |
| Telefoon |  |
| Naam specialist |  |
| Telefoon |  |
| Naam van het medicijn  |  |
| Vallend binnen de categorie (aanvinken wat van toepassing is): * Neus-, oog- of oordruppels;
* Drankjes, zalfjes;
* Afmaken van antibioticakuur;
* Homeopathische medicijnen;
* Antiallergeen medicijnen;
* Medicijnen in het kader van astmatische aandoeningen;
* Medicijnen in het kader van epileptische aandoeningen;
* Medicijnen in het kader van diabetes (geen injecties);
* Medicijnen in het kader van koortsstuipen;
* Medicijnen in het kader van pijnbestrijding;
* Medicijnen in het kader van hyperactieve kinderen;
* …………………………………………………………..
 |
| Nodig voor (ziekte) |  |
| Dient dagelijks te worden toegediend op (tijden) |  uur uur uur |
| en/of alleen in de volgende situatie(s) |  |
| Dosering van het medicijn |  |
| Wijze van toediening |  |
| Wijze van bewaren |  |
| Vervaldatum medicijn |  |
| **MEDICIJNINSTRUCTIE** Er is medicijninstructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(datum) **Door:**naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relatie met kind:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Aan:**naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_functie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_van GOO opvang en onderwijsPlaats: d.d.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datum)Handtekening ouder(s)/ verzorger(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |