

**Formulier: Het verstrekken van medicijnen op verzoek**

Voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

\_\_\_\_\_ (naam leerling)  
geboortedatum: \_\_\_\_\_  
adres: \_\_\_\_\_  
postcode: \_\_\_\_\_ plaats: \_\_\_\_\_  
zoon / dochter / pupil van: \_\_\_\_\_ (naam ouder(s) / verzorger(s))  
telefoon thuis: \_\_\_\_\_ telefoon werk: \_\_\_\_\_  
naam huisarts: \_\_\_\_\_ telefoon: \_\_\_\_\_  
naam specialist: \_\_\_\_\_ telefoon: \_\_\_\_\_  
naam van contactpersoon (in ziekenhuis of anders) \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_  
De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Naam van het medicijn:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ uur  
\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ uur

**TOESTEMMINGSFORMULIER**

Dosering van het medicijn: \_\_\_\_\_  
Wijze van toediening: \_\_\_\_\_  
Wijze van bewaren: \_\_\_\_\_  
Controle op vervaldatum door: \_\_\_\_\_

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde leraar, die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, de toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijn(en).

Naam: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:

-----  
-----

Medicijninstructie:

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijn(en) op \_\_\_\_\_ (datum)  
door: \_\_\_\_\_ naam: \_\_\_\_\_  
van: \_\_\_\_\_ (instelling)  
aan: \_\_\_\_\_  
functie(s): \_\_\_\_\_  
van: \_\_\_\_\_ (naam +plaats en school)