

## HET VERSTREKKEN VAN MEDICIJNEN OP VERZOEK (TOESTEMMINGSFORMULIER)

Verklaring Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op school

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Naam leerling:                     |  |
| Geboortedatum:                     |  |
| Naam ouder(s)/verzorger(s):        |  |
| Bij overleg of in geval van spoed: |  |
| Mobiel moeder:                     |  |
| Mobiel vader :                     |  |
| Anders:                            |  |
| Naam huisarts en tel:              |  |
| Anders:                            |  |

Naam/namen van de medicijnen en waarvoor te gebruiken:

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Naam medicijn:<br><br>Te gebruiken voor :<br><br>Dosering:<br><br>Tijdstip:<br><br>Bewaarwijze: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Verklaring

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde vertegenwoordiger van de school die daarvoor een medicijn instructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen volgens hierboven genoemde dosering, tijdstip en bewaarwijze. De ouder is hierbij verantwoordelijk voor het (dagelijks) aanleveren van het medicijn volgens bovengenoemde afspraken:

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| Plaats:               | Datum:                         |
| Naam ouder/verzorger: | Naam vertegenwoordiger school: |
| Handtekening:         | Handtekening:                  |

## AFSPRAKEN M.B.T. HET UITVOEREN VAN MEDISCHE HANDELINGEN in hoogst uitzonderlijke gevallen

Verklaring Toestemming i.v.m. het uitvoeren van medische handelingen

Ondergetekende geeft toestemming voor het uitvoeren van medische handelingen aan:

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Naam leerling:        |  |
| Geboortedatum:        |  |
| Mobiel moeder:        |  |
| Mobiel vader:         |  |
| Naam huisarts en tel: |  |
| Naam specialist tel:  |  |

|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| Deze medische handeling bestaat uit:                                               |
| De medische handeling is noodzakelijk om:                                          |
| De medische handeling moet dagelijks worden uitgevoerd op de volgende tijdstippen: |
| De medische handeling wordt uitgevoerd door:                                       |

|                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tenslotte is afgesproken dat de medische handeling plaats kan vinden in (ruimte/plaats): |
| Informatie wordt verstrekt door :<br>Naam:<br>Datum:                                     |

### Verklaring

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde vertegenwoordiger van de school die daarvoor een medicijn instructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen volgens hierboven genoemde dosering, tijdstip en bewaarwijze. De ouder is hierbij verantwoordelijk voor het (dagelijks) aanleveren van het medicijn volgens bovengenoemde afspraken.

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| Plaats:               | Datum:                         |
| Naam ouder/verzorger: | Naam vertegenwoordiger school: |
| Handtekening:         | Handtekening:                  |

