

TOESTEMMING TOT HET VERSTREKKEN VAN MEDICIJNEN DOOR DE SCHOOL AAN EEN LEERLING

GEGEVENS LEERLING

Naam :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode :

Plaats :

GEGEVENS OUDERS/VERZORGERS

Naam :

Telefoon thuis :

Telefoon mobiel :

Naam :

Telefoon thuis :

Telefoon mobiel :

OVER DE ZIEKTE EN DE MEDICIJNEN

Benaming ziekte :

Naam medicijn :

Dosering medicijn :

Wijze van toediening :

Wie dient het medicijn toe? :

Wijze van bewaren :

Frequentie toediening : uur / uur / uur / uur

OF

Mag alleen worden verstrekt in de hieronder omschreven situatie (shock, allergie, acuut):

.....

.....

GEGEVENS HUISARTS / SPECIALIST

Naam huisarts :

Telefoon huisarts :

Naam specialist :

Telefoon specialist :

SPECIALE INSTRUCTIES / AFSPRAKEN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BELANGRIJKE AFSPRAKEN

- Ouder/verzorger is verantwoordelijk voor het aanleveren van medicijnen in originele verpakkingen, in voldoende hoeveelheden en op naam van het betreffende kind. Er is door hem/haar instructie gegeven aan de leerkracht hoe het medicijn verstrekt dient te worden;
- Ouder/verzorger is bekend en gaat akkoord met het document "medisch handelen ten aanzien van leerlingen";
- Ouder/verzorger is bekend met het feit dat dit document elk jaar opnieuw ingevuld en aangeleverd moet worden. Tussentijdse wijzigingen dienen direct op een nieuw formulier vermeld te worden. Een nieuw formulier kan worden opgevraagd bij de school;
- In geval van schooluitjes dient de ouder/verzorger zorg te dragen voor het aanleveren van voldoende medicijnen voor die bewuste dag;
- Ouder/verzorger vrijwaart (medewerkers van) de school van elke vorm van aansprakelijkheid als gevolg van het niet aanleveren van de juiste medicijnen of het niet/ongjuist toedienen van medicijnen door derden.

ONDERTEKENING

Ondergetekende geeft hierbij toestemming tot het verstrekken van medicijnen conform de gegevens vermeld op dit formulier

Datum :

Naam ouder/verzorger :

Plaats :

Handtekening :