

Medicijnverklaring

Toestemming tot het verstrekken van medicijngebruik op verzoek

Ondergetekende geeft toestemming tot het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en)

aan :

naam leerling: _____

geboortedatum: _____

adres: _____

postcode/plaats _____

naam ouders _____

telefoon thuis _____

telefoon werk _____

gsm _____

naam huisarts _____

telefoon _____

naam specialist indien van toepassing _____

telefoon _____

De medicijnen zijn nodig voor de onderstaande ziekte

naam medicijn : _____

CBS De Hoeksteen

Dreef 6

5325 XD Well

Tel: 073 5949771

Email : info@hoeksteen-well.nl

www.cbsdehoeksteen-well.nl

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden :

_____ uur

_____ uur

_____ uur

_____ uur

dosering : _____

wijze van toediening _____

wijze van bewaren: _____

opmerkingen _____

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan *)

1. dat de school cq. de hieronder genoemde leraar die daardoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen.
2. Dat genoemde leerling zichzelf de medicijnen kan en mag toedienen op de hierboven genoemde tijdstippen.

naam leraar _____

ouder/verzorger: _____

plaats: _____ datum: _____

handtekening:

*)omcirkelen wat van toepassing is