|  |  |
| --- | --- |
| ***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 onderwijs  Plaats: d.d.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datum)  Handtekening ouder(s)/ verzorger(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |