



Verklaring Toestemming tot het verstrekken van medicijnen / medische handelingen

Hierbij verklaar ik dat de leerkrachten van de CBS de Acker gemachtigd zijn om de hieronder omschreven medicatie te verstrekken of medische handelingen te doen. Ik heb de instructie goed uitgelegd en een kopie van de bijsluiter van de medicijnen aan de leerkracht uitgereikt.

De medicatie heeft geen bijzondere bijwerkingen en kan geen gevaarlijke situatie opleveren voor mijn kind.

Ik verklaar hierbij dat ik alle verantwoordelijkheden op mij neem in geval van eventuele medische dan wel fysieke gevolgen die mijn kind kan oplopen.

Naam leerling: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Naam ouder(s) / verzorger(s): _____

Telefoon thuis: _____

Telefoon werk: _____

Naam huisarts: _____

Telefoon: _____

Naam specialist: _____

Telefoon: _____



Medicijnverklaring:

Naam van het medicijn:

De medicijnen zijn nodig voor de ziekte:

Toediening:

0 Dagelijks op de volgende tijden: _____uur

_____uur

_____uur

_____uur

0 Alleen in de volgende situatie(s): _____

Dosering van het medicijn: _____

Wijze van toedienen: _____

Wijze van bewaren: _____

Controle op vervaldatum door: _____ (naam)

_____ (functie)

Medische handelingen

Instructie van de medische handeling

Het uitvoeren van bovengenoemde handeling is voor de leerling noodzakelijk wegens:



Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de leerkracht die daarvoor medicijninstructie / instructie van medisch handelen heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen dan wel medische handelingen te verrichten.

Naam: _____

Handtekening:

Ouder / verzorger van: _____

Plaats: _____

Datum: _____

NB Dit formulier is gebaseerd op de protocollen "medicijnverstrekking en medisch handelen" van de GGD.