



Toestemming medicijnverstrekking

Hierbij verzoek ik, ouder/verzorger om mijn kind tijdens de schooldag op de hieronder beschreven manier een geneesmiddel/zelfzorgmiddel toe te dienen.

Gegevens kind	
Achternaam	
Voornamen	
Roepnaam	
Geslacht	jongen / meisje*
Geboortedatum	
Adres	
Postcode en Woonplaats	
Telefoonnummer	
E-mail adres	

* doorhalen wat niet van toepassing is

Medicijngegevens	
Naam medicijn	
Het wordt toegediend	Conform doktersvoorschrift (zie etiket/bijsluiter) / zonder doktersvoorschrift) zelfzorgmiddel *
Het kind krijgt dit medicijn als behandeling voor	
Het middel moet in de koelkast bewaard worden	ja / nee*
Wijze van toediening (bv. via mond, neus, oog, oor , huid)	
Dosering (bv. aantal druppels, zalf dik of dun smeren)	

Toestemming medicijnverstrekking basisschool Laurentiushof

Bijzondere aanwijzingen (bv. tijdens overblijven)																		
Moment van toedienen	Op gezette tijden																	
	<table> <thead> <tr> <th><i>Dag</i></th> <th><i>Datum</i></th> <th><i>Tijdstip</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>maandag</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>dinsdag</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>woensdag</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>donderdag</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>vrijdag</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Dag</i>	<i>Datum</i>	<i>Tijdstip</i>	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag
<i>Dag</i>	<i>Datum</i>	<i>Tijdstip</i>																
maandag																
dinsdag																
woensdag																
donderdag																
vrijdag																
	In bepaalde situaties, namelijk...																	

* doorhalen wat niet van toepassing is

Arts / Apotheker	
Arts / apotheker*	
Woonplaats	
Telefoonnummer	

* doorhalen wat niet van toepassing is

Hierbij verklaren de ouder(s) / verzorger(s) dat;

- Basisschool Laurentiushof bij twijfel, onduidelijkheid of noodsituatie zelf contact kan opnemen met de behandeld arts.
- Basisschool niet aansprakelijk is voor de eventuele bijwerkingen en/of gevolgen die optreden als gevolg van het door haar personeel op de hierboven beschreven wijze toegediende geneesmiddel/ zelfzorgmiddel.

Handtekening van de ouders / verzorgers

.....
Ouder / verzorger 1

.....
Ouder / verzorger 2

.....
Datum

Toestemming medicijnverstrekking basisschool Laurentiushof