



**VERKLARING Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek**

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

(naam leerling):.....  
geboortedatum:.....  
                  adres:.....  
postcode en plaats:.....

naam ouder(s)/verzorger(s):.....  
          telefoon thuis:.....  
          telefoon werk:.....

          naam huisarts:.....  
                  telefoon:.....  
naam specialist:.....  
                  telefoon:.....

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

.....  
.....

Naam van het medicijn:

.....  
.....

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

.....uur           (thuis/op school)  
.....uur           (thuis/op school)  
.....uur           (thuis/op school)  
.....uur           (thuis/op school)

Medicijn dient op woensdag te worden toegediend op onderstaande tijden:

.....uur           (thuis/op school)  
.....uur           (thuis/op school)  
.....uur           (thuis/op school)

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

.....  
.....

**s.v.p. ook pagina 2 invullen**

# Speciale school voor Basisonderwijs

Dosering van het medicijn:

.....

Wijze van toediening:

oraal       anaal       injectie       anders, nl.....

Wijze van bewaren:

.....

Controle op vervaldatum door:.....(naam)

functie:.....

*Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde leerkracht die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming tot het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:*

naam:.....

ouder/verzorger:.....

plaats:.....

datum:.....

Handtekening:.....

## M E D I C I J N I N S T R U C T I E

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op:

.....(datum)

### DOOR:

naam:.....

instelling:.....

### AAN:

naam:.....

functie: leerkracht

van: SBO Diekmaat te Neede

Bij wijzigingen in het medicatiebeleid moet deze verklaring worden aangepast.