



Het verstrekken van medicijnen op verzoek

Verklaring: Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

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

Naam kind:

Geboortedatum : _____

Adres : _____

Postcode en plaats : _____

Naam ouder/verzorger 1 : _____

Naam ouder/verzorger 2 : _____

Telefoon thuis : _____

Telefoon mobiel ouder/verzorger 1 : _____

Telefoon mobiel ouder/verzorger 2 : _____

Telefoon werk ouder/verzorger 1 : _____

Telefoon werk ouder/verzorger 2 : _____

Naam huisarts : _____

Adres : _____

Postcode en plaatsnaam : _____

Telefoon : _____

Naam specialist : _____

Telefoon : _____

De medicijnen zijn nodig voor : _____

Naam van het medicijn : _____

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

Uur : _____

Uur : _____

Uur : _____

Uur : _____

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

: _____

Dosering van het medicijn : _____

Wijze van toediening : _____

Wijze van bewaren : _____

Controle op vervaldatum door : _____

Naam leerkracht/pedagogisch medewerker:

: _____
Functie : _____

De ouder/verzorger van genoemd kind, geeft hiermee aan de school / De Benjamin c.q. de hieronder genoemde leraar/pedagogisch medewerker die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het oraal toedienen van de bovengenoemde medicijnen. Indien er aangetoond kan worden dat er zorgvuldig gehandeld is, volgens het medisch handelingsprotocol van de SKPO Novum, hebben ouders/verzorgers geen juridische gronden om een succesvolle aansprakelijkheidsprocedure tegen de SKPO Novum en/of personeelsleden te voeren.

Het is de verantwoordelijkheid van de ouders dat de school / De Benjamin en betreffende personeelsleden over de meest actuele informatie beschikken.

Naam ouder/verzorger:

plaats : _____
datum : _____
handtekening : _____

Naam leerkracht /pedagogisch medewerker:

plaats : _____
datum : _____
handtekening : _____

Naam directeur / leidinggevende:

plaats : _____
datum : _____
handtekening : _____

Instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen:

Datum : _____
Door (naam) : _____
functie : _____
naam instelling : _____

Aan (naam) : _____
functie : _____
naam en plaats van school : _____

Ondergetekende : _____
naam ouder/verzorger : _____
plaats : _____
datum : _____