|  |  |
| --- | --- |
|  | Bijlage 2Protocol medisch handelen |
|  |  |
| 20 februari 2023 | OBS de Toermalijn |
|  |  |

# Bijlage 2 Protocol Medisch handelen

OBS de Toermalijn

**Toestemmingsformulier**

 Voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en)/geneesmiddel(en) aan:

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam (leerling)**  |  |
| **Geboortedatum:**  |  |
|  **Adres:**  |  |
|  **Postcode / woonplaats:**  |  |

Zoon / dochter / pupil van: *(doorhalen wat niet van toepassing is)*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam ouder(s) / verzorger(s):  |  |
| Mobiele telefoon:  |  |
| Telefoon thuis/werk:  |  |
| Naam huisarts:  |  |
| Telefoon:  |  |
| Naam specialist:  |  |
| Telefoon:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| De medicijnen / geneesmiddelen zijn nodig voor onderstaande ziekte(s) /aandoening(en):  |  |
| Naam van het medicijn / geneesmiddel:  |  |

Medicijn /geneesmiddel dient **dagelijks** te worden toegediend op onderstaande tijden (alleen invullen als sprake is van dagelijkse toediening, anders vult u NVT in):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tijdstip:** | **Medicatienaam:** | **Hoeveelheid/Dosering:** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Medicijn(en) /geneesmiddel(en) mogen alleen worden **toegediend in de volgende situatie(s**) (alleen invullen als van toediening in specifieke situaties sprake is, anders vult u NVT in):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Wijze van toediening:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Wijze van bewaren:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Controle op vervaldatum door de ouders:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ondergetekenden, ouder(s)/verzorger(s) van genoemde leerling, geven hiermee aan de school, c.q. het hieronder genoemde schoolpersoneelslid dat daarvoor een medicijninstructie / geneesmiddelen toedieningsinstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen / geneesmiddelen:

**Ondergetekenden:**

 Naam leerling: ……………………………………………………………………………..

Naam ouder/verzorger: ………………………………………………………………………………

Datum: ………………………………………………………………………………

 Plaats: ……………………………………………………………………………….

**Naar waarheid ingevuld**

 Indien de leerling 12 jaar of ouder is:
 Handtekening ouder(s) / verzorger(s): Handtekening leerling

………………………………………………………… ………………………………………………………………

**MEDICIJNINSTRUCTIE**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Op** (Datum)  |  |
| **Door** (Naam):  |  |
| Functie: |  |
| **Van** (Instelling) |  |
| **Aan**: |  |
| Functie: |  |
| **Van** (Naam + plaats van school):) |  |
| **Handtekening instructeur:** |  |