

2 Verklaring

Verzoek tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

Ondergetekende verzoekt 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
..... 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)
..... (functie)

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

Naam:
Ouder/verzorger:
Plaats:
Datum:

Handtekening:

Ondergetekende verklaart zich middels ondertekening van dit document ermee akkoord dat Optimus Primair Onderwijs op geen enkele wijze aansprakelijkheid accepteert voor welke schade dan ook die ontstaat door een onjuiste verstrekking of toediening van medicatie dan wel het nalaten daarvan of het onjuist verrichten van een medische handeling dan wel het nalaten daarvan door een van haar medewerkers tenzij er sprake is van opzet of bewuste roekeloosheid.

Medicijninstructie

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

Datum:

Door:

Naam:

Functie:

Van: (instelling)

Aan:

Naam:

Functie:

Van: (school en plaats)