

Medicijnverklaring

- Hierbij geef ik (naam ouder/verzorger):

.....

als ouder/verzorger van (naam van het kind)

.....

toestemming aan het personeel van Saltoschool 't Karregat om onderstaande medicijnen toe te dienen aan mijn kind op de hieronder beschreven manier.

- Naam van het medicijn/zelfzorgmiddel:

.....

- Het geneesmiddel wordt verstrekt op voorschrift van (naam van de behandelend arts):

.....

- Periode van gebruik:

☐ Eenmalig, op:

☐ Van: tot

☐ Van: tot nadere opzegging door ouder/verzorger

- Het kind krijgt dit medicijn als behandeling voor:

.....

- Het middel moet in de koelkast bewaard worden:

☐ Ja

☐ Nee

- Moment van toedienen:

☐ Op gezette tijd namelijk:

.....

☐ In bepaalde situaties, namelijk:

.....

- Wijze van toediening:..... (bijv. via mond, neus, oog, oor, huid)
- Dosering: (bijv. aantal tabletten, aantal pufjes)
- Bijzondere aanwijzingen: (bijv. voor/ tijdens/ na de maaltijd; niet samen met melkproducten geven etc.):

.....

- Zijn er bijwerkingen van dit medicijn waar we op school rekening mee dienen te houden:

☐ Ja

☐ Nee

Zo ja, welke zijn dat:

.....

- De school kan bij twijfel, onduidelijkheid of noodsituatie contact opnemen met de ouder/verzorger op het telefoonnummer:
- De school is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen en/of gevolgen die optreden als gevolg van eventueel wel of niet toedienen van de medicijnen.

Voor akkoord

Plaats/datum

Naam ouder/verzorger

Handtekening

.....

.....

.....

Formulier ontvangen door

Datum