

**HET (bij hoge uitzondering) VERSTREKKEN VAN GENEESMIDDELEN**

**TOESTEMMING / VERKLARING:**

Hierbij geeft (naam ouder/verzorger) 1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Ouder(s) /verzorger(s) van (naam kind)

\_\_\_\_\_

toestemming aan \_\_\_\_\_ om zijn/haar kind tijdens het verblijf op school het hierna genoemde geneesmiddel/zelfzorgmiddel toe te dienen.

De ouders/verzorgers verklaren ten alle tijden tijdig en volledig de betrokken persoon te zullen informeren over veranderingen in de medische situatie van hun kind.

Veranderingen als hierboven genoemd, kunnen aanleiding zijn voor het herroepen van de gemaakte afspraken. In dit geval treedt het protocol weer in werking

Naam geneesmiddel/zelfzorgmiddel \_\_\_\_\_

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt van (begindatum) \_\_\_\_\_ tot (einddatum)

\_\_\_\_\_

bij langdurig gebruik :  
houdbaarheidsdatum geneesmiddel/zelfzorgmiddel \_\_\_\_\_

geplande datum evaluatie toediening \_\_\_\_\_

Dosering \_\_\_\_\_

Tijdstip                      8. \_\_ uur            10. \_\_ uur            12. \_\_ uur            14. \_\_ uur            16. \_\_ uur  
                                  9. \_\_ uur            11. \_\_ uur            13. \_\_ uur            15. \_\_ uur            17. \_\_ uur

Bijzondere aanwijzingen \_\_\_\_\_  
(bijv. ... uur voor/na de maaltijd; niet met melkproducten geven; zittend, op school,  
liggend, staand)

Wijze van toediening \_\_\_\_\_  
(bijv. via mond - neus - oog - oor)

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats  
(b.v. koelkast of andere plaats) \_\_\_\_\_

Voor akkoord met deze verklaring en het gespreksverslag d.d.

Plaats en datum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Handtekening (beide) ouders/verzorgers

\_\_\_\_\_

Ondergetekenden verklaren kennis te hebben genomen van de inhoud van deze  
verklaring/toestemming en het gespreksverslag.

Naam betrokken leerkracht/teamlid \_\_\_\_\_

Naam directeur \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_