

HET (bij hoge uitzondering) VERSTREKKEN VAN GENEESMIDDELEN

TOESTEMMING / VERKLARING:

Hierbij geeft (naam ouder/verzorger) 1 _____

2 _____

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

geeft 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 _____ 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 _____

