|  |
| --- |
| Medicatieformulier \* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Met het ondertekenen van dit formulier geeft u het personeel van de school toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan: | | | | |
| Naam leerling |  | | | |
| Geboortedatum |  | | | |
| Adres |  | | | |
| Postcode |  | Plaats | |  |
| Naam ouder(s)/verzorger(s) |  | | | |
| Telefoon thuis |  | Telefoon werk/mobiel | |  |
| Naam huisarts |  | Telefoon | |  |
| Naam specialist |  | Telefoon | |  |
| Telefoonnummer nood |  | Relatie tot leerling | |  |
| Mijn kind gebruikt wel/geen medicatie op school.  Mijn kind gebruikt wel/geen medicatie thuis. | | | | |
| De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte(s)/aandoening(en): | | | | |
| Medicatie die thuis wordt gegeven ( naam medicatie, hoeveelheid, tijdstip): | | | | |
| Medicijn dient dagelijks op school te worden verstrekt op onderstaande tijden: | | | | |
| naam medicatie | dosering | | tijd | tijd |
| Medicijn 1: |  | | uur | uur |
| Medicijn 2: |  | | uur | uur |
| Medicijn 3: |  | | uur | uur |
| Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s) (indien van toepassing):  Naam medicijn en dosering:  In welke situatie: | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Overige opmerkingen (bijvoorbeeld: wijze van bewaren, instructie nodig voor toedienen, enz.) | | |
| Allergieën:  Bij een allergieaanval moet er als volgt gehandeld worden: | | |
| Mag paracetamol toegediend worden? ja / nee | | Overleg met ouders ja / nee |
| Datum |  | |
| Handtekening |  | |

**\* Dit formulier dient door iedere ouder/verzorger ingevuld te worden. Ook als uw kind geen medicatie gebruikt.**