|  |
| --- |
| 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.**