

OVEREENKOMST MEDIJCIJNTOEDIENING

Hierbij geeft (naam ouder/verzorger) _____ ouder/verzorger van (naam kind) _____ toestemming om zijn/haar zoon/dochter tijdens het verblijf op basisschool de Albatros het hierna genoemde geneesmiddel/zelfzorgmiddel toe te dienen. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift (zie etiket van de verpakking), dan wel het verzoek van de ouders/verzorgers (zelfzorgmedicatie).

Naam geneesmiddel/ zelfzorgmiddel	
Dosering	
Tijdstip/ bijzondere aanwijzingen	
Wijze van toedienen	

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

Naam behandelend arts	
Telefoonnummer	
Naam apotheek	
Telefoonnummer	
Op aanwijzing van ouder/verzorger zelf	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee

Ook invullen als het medicijn verstrekt wordt door de huisarts.

Het geneesmiddel dient te worden verstrekt van-tot:

Begin- en einddatum	-
----------------------------	---

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel zal worden toegediend door:

Naam leerkracht	
------------------------	--

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats:

Bewaarplaats	
---------------------	--

Evaluatie van toediening is (indien van toepassing):

Evaluatiedatum	
-----------------------	--

De school kan bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact opnemen met de behandelend arts en/of apotheker. De school/leerkracht is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen, die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel/zelfzorgmiddel.

Voor akkoord,
Handtekening ouder/verzorger:

Goor, (datum) _____
Handtekening directeur school: