



St. Jan Baptistschool

Ik / wij, de ouder(s)/verzorger(s) van:

_____ (voor- en achternaam kind), verlenen hierbij toestemming
aan de St. Jozefschool tot het toedienen van het medicijn: _____ (naam medicijn).

Voor de periode van : _____ tot: _____ *

- * Indien er geen einddatum wordt ingevuld, wordt het medicijn gegeven tot nader bericht van de ouders waarbij dag van uiterste houdbaarheidsdatum in de agenda wordt genoteerd en medicijn dan teruggegeven wordt aan ouders.

Het geneesmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift (zie etiket van de verpakking).

Dosering : _____

Frequentie/Tijdstip : _____

Mogelijke bijwerking : _____

De school/de medewerkers zijn niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het toegediende medicijn.

Medicijn is thuis ook al eens gebruikt : Ja / Nee **

Opmerkingen / aandachtspunten : _____

Voor akkoord ouder(s):

Naam ouder(s) : _____

Datum : _____ Handtekening(en): _____

In te vullen door medewerk(st)er:

Machtiging ontvangen d.d. : _____

Medicijn zit in originele verpakking en uiterste houdbaarheidsdatum is niet verlopen: Ja / Nee **

Uiterste houdbaarheidsdatum medicijn : _____

Einddatum valt voor uiterste houdbaarheidsdatum : Ja / Nee **

Instructies doorgenomen met ouder(s) : Ja / Nee **

Naam medewerk(st)er : _____

Handtekening medewerk(st)er : _____

**** Als één of meerdere vragen met nee zijn beantwoord wordt het medicijn niet toegediend.**

