

## Verklaring verstrekking van medicijnen

Het verstrekken van medicijnen op verzoek

Verklaring: Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek niet vallen onder de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG).

**Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:**

**Naam Leerling:** \_\_\_\_\_

**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Postcode en plaats:** \_\_\_\_\_

**Naam Ouder(s)/Verzorger(s):** \_\_\_\_\_

**Telefoon thuis:** \_\_\_\_\_

**Telefoon werk:** \_\_\_\_\_

**Naam huisarts:** \_\_\_\_\_

**Telefoon:** \_\_\_\_\_

**Naam specialist:** \_\_\_\_\_

**Telefoon:** \_\_\_\_\_

**De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:**

---

---

---

**Naam van het medicijn:**

---

---

**Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:**

\_\_\_\_\_ uur / \_\_\_\_\_ uur / \_\_\_\_\_ uur / \_\_\_\_\_ uur /

**Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):**

---

---

**Dosering van het medicijn:**

---

---

**Wijze van toedienen:**

---

---

**Wijze van bewaren:**

---

---

**Controle op vervaldatum door:**

Naam: \_\_\_\_\_ | Functie: \_\_\_\_\_

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde leraar die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

**Naam ouder(s) / verzorger(s):** \_\_\_\_\_

**Plaats:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Handtekening:**