**Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op**

**Verzoek**

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

(naam kind):..............................................................................................

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 toediening:.........................................................

Wijze van bewaren:..........................................................

Controle op vervaldatum door:...........................................

(naam)

functie:.........................................................................

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de SNO de hieronder genoemde Pedagogisch Medewerker die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

naam:...................................................... ouder/verzorger:...................................

plaats:..................................................... datum:....................................................

Handtekening:........................................