



Interconfessionele Basisschool "Kaleidoscoop"  
Gedempte Gracht 25  
3894 BA Zeewolde  
036-5234593  
www.icbkaleidoscoop.nl  
info@icbkaleidoscoop.nl

## **Bijlage 2 (Hulp bij) het verstrekken van medicijnen op verzoek**

(Toestemmingsformulier 2)

Verklaring :

Toestemming tot (hulp bij) het verstrekken van medicijnen op verzoek

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

naam leerling: \_\_\_\_\_  
geboortedatum: \_\_\_\_\_  
adres: \_\_\_\_\_  
postcode en plaats: \_\_\_\_\_

naam ouder(s): \_\_\_\_\_  
telefoon thuis: \_\_\_\_\_  
telefoon werk: \_\_\_\_\_

naam, adres huisarts: \_\_\_\_\_

telefoon: \_\_\_\_\_  
naam specialist: \_\_\_\_\_  
telefoon: \_\_\_\_\_

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte(n) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naam van het medicijn :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden :

\_\_\_\_\_ uur; door \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ uur; door \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ uur; door \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ uur; door \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gelieve ook ommezijde invullen

Dosering van het medicijn:

\_\_\_\_\_

Wijze van toediening:

\_\_\_\_\_

Wijze van bewaren:

\_\_\_\_\_

Controle op vervaldatum door:

\_\_\_\_\_ (naam)  
\_\_\_\_\_ (functie)

Ondergetekende, ouder 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 van : \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Medicijninstructie

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op:

\_\_\_\_\_ (datum)

door :

Naam: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Van: \_\_\_\_\_ (naam instelling en plaats)

aan:

Naam: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Van: \_\_\_\_\_ (naam school en plaats)