
Medicatie op school



Deel in te vullen door de ouder/voogd

Naam van de leerling _____
Geboortedatum _____
Klas _____
Naam ouder/voogd _____
Telefoonnummer ouder/voogd _____

Ondertekende geeft de uitdrukkelijke toestemming aan de school om erop toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het doktersvoorschrift.

Handtekening ouder/voogd

Datum...../...../.....

Deel in te vullen door de arts/apotheker

Naam medicijn _____

Het medicijn dient genomen te worden van/..../..... tot/...../.....

Het medicijn dient dagelijks genomen te worden om ...uur,uur,uur.

Dosering _____

Wijze van gebruik _____

Mogelijke bijwerkingen _____

Het medicijn niet nemen indien _____

Wijze van bewaring _____

Naam arts/apotheker _____

Telefoonnummer arts/apotheker _____

Handtekening
arts/apotheker

stempel
arts/apotheker

Datum...../...../.....