

## 4 Bijlagen

### 4.2. Het versterken van medicijnen op verzoek

#### Verklaring: Toestemming tot 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/verzorger 1** : \_\_\_\_\_  
**Naam ouder/verzorger 2** : \_\_\_\_\_  
 Telefoon thuis : \_\_\_\_\_  
 Telefoon mobiel ouder/verzorger 1 : \_\_\_\_\_  
 Telefoon mobiel ouder/verzorger 2 : \_\_\_\_\_  
 Telefoon werk ouder/verzorger 1 : \_\_\_\_\_  
 Telefoon werk ouder/verzorger 2 : \_\_\_\_\_

**Naam huisarts** : \_\_\_\_\_  
 Adres : \_\_\_\_\_  
 Postcode en plaatsnaam : \_\_\_\_\_  
 Telefoon : \_\_\_\_\_

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

De medicijnen zijn nodig voor : \_\_\_\_\_  
 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 : \_\_\_\_\_

De ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde leraar en overblijfouder die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het oraal toedienen van de bovengenoemde medicijnen. Indien er aangetoond kan worden dat er zorgvuldig gehandeld is, volgens het medisch handelingsprotocol van basisschool Het Mozaïek en SKPO Novum, hebben ouders/verzorgers geen juridische gronden om een succesvolle aansprakelijkheidsprocedure tegen Het Mozaïek en SKPO Novum en/of personeelsleden te voeren.

Het is de verantwoordelijkheid van de ouders dat de school en betreffende personeelsleden over de meest actuele informatie beschikken.

**Naam ouder/verzorger:**

plaats : \_\_\_\_\_  
 datum : \_\_\_\_\_  
 handtekening : \_\_\_\_\_

**Naam leraar:**

plaats : \_\_\_\_\_  
 datum : \_\_\_\_\_  
 handtekening : \_\_\_\_\_

**Naam directeur / leidinggevende:**

plaats : \_\_\_\_\_  
 datum : \_\_\_\_\_  
 handtekening : \_\_\_\_\_

**Instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen:**

**Datum** : \_\_\_\_\_  
**Door (naam)** : \_\_\_\_\_  
 functie : \_\_\_\_\_  
 naam instelling : \_\_\_\_\_

**Aan (naam)** : \_\_\_\_\_  
 functie : \_\_\_\_\_  
 naam en plaats van school : \_\_\_\_\_

**Ondergetekende** : \_\_\_\_\_  
 naam ouder/verzorger : \_\_\_\_\_  
 plaats : \_\_\_\_\_  
 datum : \_\_\_\_\_