



## Verklaring toestemming tot verstrekken van medicijnen op verzoek

*Invullen indien van toepassing*

### Gegevens leerling

Achternaam		Voorvoegsels			
Roepnaam		Geboortedatum		Geslacht	M V

### Gegevens verzorger 1

### Gegevens verzorger 2

Relatie tot het kind		Relatie tot het kind	
Naam		Naam	
Adres		Adres	
Postcode		Postcode	
Woonplaats		Woonplaats	

### Medische gegevens

Naam huisarts		Telefoonnummer	
Naam specialist		Telefoonnummer	
Het medicijn is nodig i.v.m. de ziekte			
Naam van het medicijn			
Op welke moment(en) moet het medicijn worden toegediend?			
Op welke manier moet de "medische handeling" worden uitgevoerd?			
Ruimte voor (eventuele) extra opmerking(en)			
Is er een bekwaamheidsverklaring aanwezig?		ja	nee

## Instructie medisch handelen *(in te vullen na instructie)*

Instructie van de "medische handeling" + controle op de juiste uitvoering is gegeven op (dd-mm-jjjj)

Door:		Aan:	
Naam		Naam	
Functie		Functie	
Naam instelling		Naam instelling	

## Ondertekening ouders / verzorgers / voogden

Naam verzorger 1		Naam verzorger 2	
Datum		Datum	
Handtekening		Handtekening	