

Overeenkomst gebruik medicijnen

(incl. geneesmiddelen verkrijgbaar zonder doktersrecept)

De ouder/verzorger van..... geboortedatum:

geeft toestemming aan Het Duin om zijn/haar kind de medicijnen die zijn voorgeschreven, toe te dienen.

Groep:

Naam ouder/verzorger:

Handtekening:.....

Datum:

Mijn kind gebruikt geen medicijnen op school

Mijn kind gebruikt wel medicijnen op school

Medicijnen die leerling gebruikt:

Naam medicijn Graag aangeven indien medicijn in koelkast bewaard dient te worden.	Dosering	Tijdstip van inname en bijzondere aanwijzing (voor of na de lunch e.d.)	Wijze van toediening (mond, huid, rectaal, oog, oor e.d.)	Einddatum (alleen, indien het een tijdelijk middel is)

Zelfstandigheid ten aanzien van medicijnen

Heeft uw kind begeleiding nodig van een volwassene bij de inname en toepassing van de medicijnen?

nee, mijn kind neemt zelfstandig zijn/haar medicijnen in.

ja, mijn kind heeft begeleiding nodig, namelijk:

Overige relevante informatie met betrekking tot medicijngebruik

(bijvoorbeeld medicijnen thuis die van invloed zijn op functioneren op school)

.....

Mag uw kind op school indien nodig een paracetamol krijgen.

ja.

nee, omdat

.....