

Ouder-/Verzorger Toestemmingsformulier Medicatieverstrekking

OBS de Driester

1. Gegevens van de leerling

- Naam leerling: _____
- Geboortedatum: _____
- Groep/Klas: _____

2. Gegevens van de medicatie

- Naam medicatie: _____
- Reden voor gebruik: _____
- Dosering: _____
- Wijze van toediening: ☐ Oraal ☐ Zalf ☐ Inhalatie ☐ Injectie ☐ Anders: _____
- Tijdstip(pen) van toediening: _____
- Duur van de medicatieverstrekking:
 - ☐ Doorlopend
 - ☐ Van: //____ Tot: //____

3. Bijwerkingen en bijzonderheden

- Mogelijke bijwerkingen: _____
- Te ondernemen acties bij bijwerkingen: _____
- Allergieën of andere medische bijzonderheden: _____

4. Toestemming en aansprakelijkheid

Ik, ondergetekende ouder/verzorger, geef hierbij toestemming aan het personeel van **[Naam School]** om bovengenoemde medicatie toe te dienen aan mijn kind volgens de verstrekte instructies.

Ik begrijp dat het schoolpersoneel niet aansprakelijk is voor eventuele complicaties of bijwerkingen die ontstaan als gevolg van het toedienen van de medicatie, mits deze volgens de instructies wordt verstrekt.

Ik verklaar dat de verstrekte informatie juist is en dat ik verantwoordelijk ben voor het aanleveren van voldoende medicatie en voor het tijdig melden van wijzigingen.

5. Ondertekening

- **Naam ouder/verzorger:** _____
- **Telefoonnummer (in noodgevallen):** _____
- **E-mailadres:** _____
- **Datum: //** _____
- **Handtekening ouder/verzorger:** _____

6. Voor intern gebruik (in te vullen door school)

- **Naam medewerker die medicatie verstrekt:** _____
- **Handtekening medewerker:** _____
- **Opmerkingen:** _____