
AANVRAAGFORMULIER TOEZICHT OP TOEDIENEN MEDICATIE NIET OP DOKTERSVOORSCHRIFT

Deel 1: In te vullen door de ouders/verantwoordelijke

Naam van de leerling: _____

Geboortedatum: _____

Naam ouder: _____

Telefoonnummer ouder: _____

Deel 2: In te vullen door de ouders/ verantwoordelijke

Naam van het medicijn: _____

Het medicijn dient genomen te worden van __/__/20__ tot __/__/20__

Het medicijn dient dagelijks te worden genomen om _____uur, om _____uur

om _____uur, om _____uur

Dosering van het medicijn: _____

Wijze van gebruik: _____

Wijze van bewaring: _____

Hierbij geef ik toestemming aan de bekwame helper om toezicht te houden op het toedienen zoals hierboven beschreven.

Handtekening van de ouder/verantwoordelijke

Datum

Opmerking: De medicatie wordt afgegeven aan het internaat, in zijn originele verpakking, met bijsluiter.