



OVEREENKOMST GEBRUIK GENEESMIDDELEN

Naam ouder: _____

Naam kind: _____

Geboortedatum kind: _____

De ouder geeft hierbij toestemming om zijn/haar kind tijdens het verblijf op basisschool De Boemerang het hierna genoemde geneesmiddel/ zelfzorgmiddel toe te dienen bij het hierboven genoemd kind. Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt toegediend conform het doktersvoorschrift, zie etiket van de verpakking of het verzoek van de ouder (bij zelfzorg-medicatie).

Omschrijving ziektebeeld: _____

Naam geneesmiddel/zelfzorgmiddel: _____

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van:

Naam behandelend arts: _____

Aanwijzing van ouder zelf: _____

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient te worden verstrekt vanaf:

Begindatum _____ tot einddatum _____

Dosering: _____

Tijdstip(pen): _____

Bijzondere aanwijzingen (bv _____ uur voor/na de maaltijd, niet met melkproducten geven, zittend, liggend, op schoot, staand):

Geeft **kleur** aan ontwikkeling.

Wijze van toediening (bv via mond, neus, oog, oor, huid, anaal, anders)

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel zal worden toegediend door:

Naam leerkracht(en): _____

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats: _____

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met
Datum: _____

Naam huisarts: _____

Telefoonnummer huisarts: _____

Eventuele (lichte) bijwerkingen bij het gebruik van dit geneesmiddel/zelfzorgmiddel:

Basisschool De Boemerang is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen, die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel/zelfzorgmiddel.

Bereikbaarheid ouder(s) tijdens schooltijden van basisschool De Boemerang. Wilt u in volgorde aangeven wie wij kunnen bellen, indien dat nodig is:

Telnr 1: _____ Naam: _____

Telnr 2: _____ Naam: _____

Telnr 3: _____ Naam: _____

Datum ondertekening: _____

Handtekening ouder: Handtekening directeur: Handtekening leerkracht:

Naam:

Naam:

Naam:

Geeft kleur aan ontwikkeling.