# Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

(naam kind):………………………………………………………………………………….

geboortedatum:………………………………………………………………………………

adres:………………………………………………………………………………………….

postcode en plaats:………………………………………………………………………….

naam ouder(s)/verzorger(s):………………………………………………………………..

telefoon thuis:………………………………………………………………………………...

telefoon werk:…………………………………………………………………………………

naam huisarts:………………………………………………………………………………..

telefoon:………………………………………………………………………………………..

naam specialist:……………………………………………………………………………….

telefoon:………………………………………………………………………………………..

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

……………………………………………………………………………………………………….

Naam van het medicijn:……………………………………………………………………………

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

…………………….uur

…………………….uur

…………………….uur

…………………….uur

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

 **G D**

Dosering van het medicijn:………………………………………….

Wijze van toediening:………………………………………………...

Wijze van bewaren:………………………………………………….

Controle op vervaldatum door:……………………………………. (naam)

functie:………………………………………………………………..