

**Medicijnverklaring voor leerlingen osbs De Kameleon**

Hierbij verzoek ik, ouder/verzorger van..... (naam kind), mijn kind tijdens de schooltijden op de hieronder beschreven manier een geneesmiddel toe te dienen. De ouder/verzorger levert de medicijnen in originele verpakking en op naam van het kind aan.

**Behandelend arts:**.....  
**telefoonnummer:**.....

Het **medicijn:** ..... (naam medicijn)

**Periode van gebruik:**

- Eenmalig, op: .....
- van: ..... tot: .....
- van:..... tot nadere opzegging door ouder/verzorger.

Het kind krijgt dit medicijn als **behandeling voor**

.....

Het middel moet in de **koelkast** bewaard worden: Ja / Nee

**Moment van toedienen:**

- op gezette tijd namelijk:.....
- in bepaalde situaties, namelijk:.....

**Wijze van toediening:** .....  
 (bijv. via mond, neus, oog, oor, huid)

**Dosering:**

.....

.....

(bijv. aantal druppels, pillen, zalf dik of dun smeren) (bijv. voor/ tijdens/ na de maaltijd)

**Bijzondere aanwijzingen/eventuele bijwerkingen:**

.....

.....

De leerkracht kan bij twijfel, onduidelijkheid of noodsituatie contact opnemen met de ouder.  
**(mobiele-)telefoonnummers:**

.....

**De school is niet aansprakelijk** voor de eventuele bijwerkingen en/of gevolgen die optreden als gevolg van eventueel onjuist, wel of niet toedienen van de medicijnen.

Handtekening directie/leerkracht

Handtekening ouder/verzorger

Naam: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:.....

Handtekening:.....