

VERZOEK TOT ONDERSTEUNING VAN MEDICIJNGEBRUIK.

Hierbij verzoekt ondergetekende, *ouder/verzorger** van _____ uit groep _____

aan _____ (naam leerkracht) en aan _____ (naam 2e personeelslid)

ondersteuning te bieden bij/toezicht uit te oefenen op * het medicijngebruik van bovengenoemd kind

*** doorhalen wat niet van toepassing is.**

Het gaat om de volgende medicijnen, hoeveelheden en tijdstippen (zie voorbeeld):

Tijdstip	Medicijn 1	Medicijn 2	Medicijn 3
uur min			
uur min			
uur min			
Bewaren:			
Tijdstip	VOORBEELD		
	<i>“Keeldrankje”</i>	<i>“Griepillen”</i>	<i>“Antisnuif”</i>
<i>10</i> uur <i>45</i> min	<i>20 ml oraal na fruit</i>	<i>2 pillen</i>	
<i>13</i> uur <i>30</i> min		<i>1 pil</i>	
<i>15</i> uur <i>00</i> min			<i>inhaler 2 pufjes</i>
Bewaren:	<i>in koelkast</i>		

Ondergetekende verklaart verder bekend te zijn met het protocol geneesmiddelenverstrekking en medisch handelen binnen Stichting GOO en overeenkomstig dit protocol te (zullen) handelen.

Naam: _____ Plaats en datum: _____

Handtekening (beide) ouders/verzorgers: _____