

Medicatieformulier

|  |
| --- |
| 1. GEGEVENS LEERLING
 |
| Naam: |       |
| Geboortedatum:  |       |
| Klas: |       |
| Wijziging/ingang vanaf datum: |       |
|  |
| 1. MELDING RONDOM MEDICATIE
 |
| [ ]  START met medicatie: |
| Naam en dosis medicijn: |       |
| Manier van toedienen.  | [ ]  via mond [ ]  anders:       |
| Tijdstip(pen) van inname: |       uur |       uur |       uur |       uur |
| Medicatie woensdagmiddag: | [ ]  op school [ ]  thuis |
| Is deze medicatie tijdelijk?  | [ ]  nee [ ]  ja  Einddatum:       |
|  |
| [ ]  STOP medicatie: |
| Naam en dosis medicijn: |       |
| Manier van toedienen  | [ ]  via mond [ ]  anders:       |
| Tijdstip(pen) van inname: |       uur |       uur |       uur |       uur |
| Medicatie woensdagmiddag: | [ ]  op school [ ]  thuis |
|  |
| [ ]  WIJZIGING medicatie: |
| Naam en dosis medicijn: |       |
| Manier van toedienen | [ ]  via mond [ ]  anders:       |
| Tijdstip(pen) van inname: |       uur |       uur |       uur |       uur |
| Medicatie woensdagmiddag: | [ ]  op school [ ]  thuis |
| Is deze medicatie tijdelijk?  | [ ]  nee [ ]  ja  Einddatum:       |
|  |
| 1. BIJZONDERHEDEN
 |
| Bijzonderheden bij deze melding:       |
|  |
| 1. ONDERTEKENING
 |
| Hierbij verklaar ik, ondergetekende, dat de gegevens op dit formulier volledig en correct zijn ingevuld. Ik geef hierbij toestemming om gegevens op dit formulier, indien noodzakelijk, beschikbaar te stellen aan hulpverleners. De ouder(s)/verzorger(s) zorgen ervoor dat wijzigingen altijd worden doorgegeven aan de verpleegkundige van Mytylschool Eindhoven / Maatzorg Brabant.  |
| Datum:  |       |
| Naam ouder/verzorger/voogd:  |       |
| Relatie tot leerling |       |
| Handtekening: |  |

**Lever dit formulier bij de receptie in.**