



# De Korenbloem



[info@obsdekorenbloem.nl](mailto:info@obsdekorenbloem.nl)

0499-550230

## PROTOCOL MEDICIJNGEBRUIK LEERLINGEN

Het kan voorkomen dat uw kind gezond naar school gaat en tijdens de schooluren ziek wordt, zich verwondt, door een insect wordt geprikt of iets dergelijks. In zo'n geval zullen wij als school altijd contact opnemen met ouders/ verzorgers of met een ander, door hen aangewezen persoon.

Wij verzoeken u daarom vriendelijk ons op de hoogte te houden van veranderingen in bereikbaarheidsadressen en telefoonnummers. U kunt deze wijzigingen mondeling, telefonisch of per mail doorgeven. Wanneer wij echter geen contact kunnen opnemen zullen wij bij twijfel altijd de huisarts raadplegen.

Het kan ook voorkomen dat een kind (tijdelijk) medicijnen moet slikken tijdens zijn verblijf op school. Hierbij kan worden gedacht aan een (penicilline) kuur, of pufjes bij cara e.d. Indien dit het geval is, hebben wij een schriftelijke verklaring van de ouders/verzorgers nodig.

Dit 'toestemmingsformulier tot het verstrekken van medicijnen op verzoek' is op school te verkrijgen en/of van de site te downloaden. Het team is niet bevoegd tot het verrichten van medische handelingen zoals het geven van sondevoeding, het meten van bloedsuikerspiegel bij diabetespatiënten middels een vingerprikje, het inbrengen van een zetpil e.d.

## Het verstrekken van medicijnen op verzoek

### Toestemmingsformulier

Ondergetekende \_\_\_\_\_ (eigen naam ouder/verzorger) verklaart dat hij/zij verantwoordelijk is voor de juistheid van de verstrekte informatie en voor het doorgeven van wijzigingen met betrekking tot de verstrekte informatie. Ondergetekende verklaart tevens kennis te hebben genomen van het protocol medicijngebruik leerlingen.

Toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

naam leerling: \_\_\_\_\_ geboortedatum: - -

adres: \_\_\_\_\_

postcode: \_\_\_\_\_ woonplaats: \_\_\_\_\_

telefoon thuis: \_\_\_\_\_

telefoon werk: \_\_\_\_\_

naam huisarts: \_\_\_\_\_ telefoon: \_\_\_\_\_

naam specialist: \_\_\_\_\_ telefoon: \_\_\_\_\_

De medicijnen zijn nodig voor:

\_\_\_\_\_

Naam van het medicijn: \_\_\_\_\_

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ uur

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

\_\_\_\_\_

Dosering van het medicijn: \_\_\_\_\_

Wijze van toediening:

\_\_\_\_\_

Wijze van bewaren:

\_\_\_\_\_

Handtekening ouder/verzorger,

\_\_\_\_\_

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