

ATTEST MEDICIJN(EN)

Naam van de leerling: _____ **Klas:** _____

School: vbs Spes Nostra

Naam van de ouder(s): _____ **GSM:** _____

Naam geneesheer: _____

Telefoon geneesheer: _____

Naam medicijn: _____

Vorm (tabletten, siroop, poeder, zakjes, druppels): _____

Dosering (hoeveelheid per inname): _____

Tijdstip (wanneer, uur, vóór of ná het eten) : _____

Frequentie (hoeveel keer per dag): _____

Datum innamen: van ___/___/___ tot en met ___/___/___

Vervaldatum medicijn: ___/___/___

Hoe bewaren (op kamertemperatuur of in koelkast) _____

Te nemen voorzorgen:

Ouders geven de toestemming bij het toezien op inname van medicatie bij hun dochter/zoon.

Handtekening ouders:

Datum: ___/___/___
