

OVERSTAGreizen.nl



Avontuurlijke zeilvakanties in Nederland, Griekenland en de Caribbeaan
Speciaal voor jongeren met een verstandelijke/of lichamelijke beperking

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Geb. datum:.....-.....-.....

Telefoon ouder(s)/bewindvoerder:

Mobiel: 06-.....

Email:

Behandelend arts: **Tel:**

Beschrijving ziektebeeld:

.....
.....
.....
.....

Standaard medicatie:

Naam medicijn en sterkte (in milligram)	Tijdstip en hoeveelheid (in milligram)			Manier van toediening
	Ochtenduur	Middaguur	Avonduur	
	mg	mg	mg	
	mg	mg	mg	
	mg	mg	mg	
	mg	mg	mg	
	mg	mg	mg	
	mg	mg	mg	
	mg	mg	mg	
	mg	mg	mg	
	mg	mg	mg	

Incidentele medicatie:

Wanneer geven?	Naam medicijn (en eventueel sterkte in milligram)	Dosering in mg.	Manier van toediening
		mg	
		mg	
		mg	
		mg	

Overige bijzonderheden:

.....
.....
.....

Handtekening ouder(s) Bewindvoerder

Datum:-.....-.....