IV.4 Medicatie op school – Aanvraagformulier

Mijn kind moet op school medicatie gebruiken op doktersvoorschrift

Wanneer u wenst dat de school er op toeziet dat uw minderjarig kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt op doktersvoorschrift, dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen. Let wel dat het deel aangeduid met 'in te vullen door de arts' ook effectief door een arts wordt ingevuld. Zonder handtekening en stempel van de arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd.

Indien de periode waarbinnen het medicijn moet worden ingenomen, langer duurt dan een trimester, dient bij het begin van een nieuw trimester een nieuw formulier te worden ingediend. Ook bij een wijziging van therapie of medicatie moet een nieuw formulier ingevuld worden.

Deel in te vullen door de ouders

Naam van de leerling die het medicijn dient in te nemen: _____

Geboortedatum: _____

Uit klas: _____

Naam ouder: _____

Telefoonnummer ouder _____

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

Handtekening ouder(s)
Datum

Deel in te vullen door de school*

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door (naam en functie van het personeelslid**):

_____

En in diens afwezigheid door (naam en functie van het personeelslid**):

_____

Naam en handtekening directie

Handtekening betrokken personeelsleden

* De school houdt een register bij van elk genomen medicijn. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip geeft ingenomen en onder wiens toezicht.
** De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis.

Deel in te vullen door de arts

Naam van het medicijn: _____

Het medicijn dient te worden genomen van __/__/20__ tot __/__/20__.

Het medicijn dient dagelijks te worden genomen: om _____uur, om_____uur,
om _____uur, om_____uur.

Dosering van het medicijn (aantal tabletten, ml,…): _____

Wijze van gebruik (bv. oraal, percutaan, indruppeling, voor/na/tijdens de maaltijd…) _____

Wijze van bewaring (bv. koel): _____

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn:

_____
_____

Het medicijn mag niet worden genomen indien:

_____
_____

Naam van de arts: _____

Telefoonnummer van de arts:
_____

Handtekening van de arts
Datum

Stempel van de arts