



aanvraagformulier voor toedienen van medicatie op doktersvoorschrift op school

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 of apotheker' ook effectief door een arts of apotheker wordt ingevuld. Zonder handtekening en stempel van de arts of de apotheker wordt dit formulier niet als geldig beschouwd.

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 moet innemen:

geboortedatum: _____

klas: _____

naam ouder: _____

telefoonnummer ouder: _____

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

handtekening ouder(s)

datum

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS OF DE APOTHEKER

naam van het medicijn: _____

Het medicijn moet genomen worden van _____ tot _____ (datum)

Het medicijn moet dagelijks genomen worden om _____ uur, om _____
uur, om _____ uur en om _____ uur.

dosering van het medicijn (aantal tabletten, ml, ...): _____

wijze van gebruik (b.v. oraal, druppeling, voor/na/tijdens de maaltijd, ...)

wijze van bewaring (b.v. koel, ...): _____

mogelijke bijwerkingen van het medicijn: _____

Het medicijn mag niet worden ingenomen indien: _____

naam van de arts of apotheker: _____

telefoonnummer van de arts of apotheker: _____

handtekening van de arts/apotheker: stempel van de arts/apotheker: 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 van de directie

handtekening van
de betrokken personeelsleden

* De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis.