



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 op school
medicijnen dient in te nemen

Klas van de leerling

Geboortedatum van de leerling

Naam van de ouder die ondertekent

Telefoonnummer van de ouder

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

Datum

Handtekening van de ouder(s)

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 personeelsleden

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

Naam van het medicijn

Het medicijn dient genomen te worden
(*begin en einddatum*)

van

tot

Het medicijn dient genomen te worden
(*tijdstippen, voor/tijdens/na de maaltijd*)

Dosering
(*aantal tabletten, ...*)

Wijze van gebruik
(*oraal, percutaan, indruppeling, inhalering*)

Wijze van bewaring
(*bv. koel*)

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn

Het medicijn mag niet genomen worden indien

Naam van de arts

Telefoonnummer van de arts

Datum

Stempel van de arts

Handtekening van de arts
