

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 net 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 dient in te nemen:

Geboortedatum: / / 20..... Uit klas: Tel. 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 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 (oraal, percutaan, indruppeling, voor/na/tijdens maaltijd, ...):

Wijze van bewaring (koel, ...):

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn:

Het medicijn mag niet worden genomen indien:

Naam van de arts: Tel. arts:

Handtekening van de arts

Stempel van de arts

Datum

► Deel in te vullen door de SCHOOL

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door:

En in diens afwezigheid door:

Naam en handtekening directie

Handtekening betrokken personeelsleden