

**Aanvraagformulier: Mijn kind moet op school medicatie gebruiken op doktersvoorschrift**

Wanneer u wenst dat de school er op toeziet dat uw zoon/dochter 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.

Graag hadden we ook volgende afspraken gemaakt omtrent medicatie:

- Gelieve in de mate van het mogelijke te vermijden dat medicatie op school moet worden toegediend.
- Indien toch medicatie op school moet worden toegediend, is het noodzakelijk dat het attest op achterzijde door de behandelende arts wordt ingevuld.
- De leerkracht/verpleging/school kan op geen enkel ogenblik verantwoordelijk gesteld worden voor neveneffecten die bij het kind optreden naar aanleiding van het toedienen van deze medicatie en/of het niet/onjuist/verkeerdelijk toedienen.

---

**DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS**

---

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

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Groep: \_\_\_\_\_

Naam ouder: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer ouder: \_\_\_\_\_

GSM nr. ouder: \_\_\_\_\_

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat de jongere 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: \_\_\_\_\_  
(bv. oraal, percutaan, indruppeling, voor/na/tijdens de maaltijd)

Wijze van bewaring: \_\_\_\_\_  
(bv. koel)

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Het medicijn mag niet worden toegediend indien:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naam van de arts: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer van de arts: \_\_\_\_\_

Handtekening arts

stempel arts

datum

---

**DEEL IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL**

---

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door Mevr. Katia 'D haese en Mevr. Kelly De Roeck (\*) en in diens afwezigheid door een personeelslid (\*\*) die vooraf de nodige informatie kreeg van bovenstaande verpleegkundigen.

Naam en handtekening van de directie

Handtekening van de betrokken personeelsleden

\*De school houdt een register bij van elk genomen medicijn. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip heeft ingenomen en onder wiens toezicht

\*\* De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis