

MEDICATIE

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 medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden. Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

1 DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS.

Naam van de leerling:

Geboortedatum:

Klas:

Naam ouder:

Telefoonnummer ouder:

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat zijn/haar zoon of dochter medicijnen inneemt zoals beschreven in onderstaand doktersvoorschrift.

Handtekening ouder(s)

Datum

2 DEEL IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL.

De school houdt per leerling een register bij van de genomen medicijnen. 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 en kunnen daartoe niet verplicht worden.

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

.....

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

.....

Naam en handtekening directie

Handtekeningen van de betrokken personeelsleden

3 DEEL IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELLENDE ARTS.

Naam van het geneesmiddel:

Periode van inname: van/...../20..... tot/...../20.....

(begin- en einddatum)

Tijdstip van inname:

(tijdstippen, voor/tijdens/na de maaltijd)

Dosering van het medicijn:

(aantal tabletten,...)

Wijze van gebruik

(oraal, percutaan, indruppeling, inhalering, ...)

Wijze van bewaring:

(koel, ...)

Mogelijke bijwerkingen:

.....

Mag niet worden ingenomen indien:

.....

Naam van de arts:

Telefoonnummer van de arts:

Datum en handtekening

Stempel