

MEDICIJNENATTEST

Onze school geeft enkel medicijnen vergezeld van deze documenten!

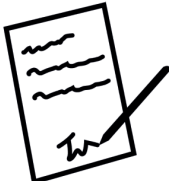
Wanneer u wenst dat de school er op toeziet dat uw minderjarig kind tijdens de schooluren op doktersvoorschrift bepaalde medicijnen inneemt, dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen. Let wel dat het deel aangeduid met 'in te vullen door arts' ook effectief door een arts wordt ingevuld. 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 wijziging van therapie of medicatie moet een nieuw formulier ingevuld worden.

*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.

IN TE VULLEN DOOR OUDERS

Naam leerling	
Geboortedatum	
Klas	
Naam ouder(s)	
Tel./GSM ouder(s)	
Handtekening ouder(s) 	

IN TE VULLEN DOOR ARTS

Naam medicijn	
Inname	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	(Aantal tabletten, ml.,....)
Wijze toediening	(Oraal, percutaan, indruppeling, voor/na/tijdens de maaltijd,...)
Hoe bewaren	
Mogelijke bijwerkingen	
Opmerking	Het medicijn mag niet genomen worden indien:
Naam en handtekening arts	Stempel + datum

IN TE VULLEN DOOR SCHOOL*

Naam en functie personeelslid	Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door **: En in diens afwezigheid door **:
Naam en handtekening directie	Naam en handtekening personeelsleden