

## Aanvraagformulier medicatie op school

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.

---

### DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS :

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

Klas: \_\_\_\_\_

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

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

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

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat het kind 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 (\*\*): \_\_\_\_\_

En in diens afwezigheid door (\*\*): \_\_\_\_\_

**Handtekening directie**

**Handtekening van de betrokken personeelsleden**

---

**DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS:**

Naam van het medicijn: \_\_\_\_\_

Het medicijn dient te worden genomen van: \_\_/\_\_/20\_\_ tot \_\_/\_\_/20\_\_.  
(begin- en einddatum)

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

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 genomen indien:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

**Handtekening van de arts**

**Stempel van de arts**

**Datum**

---

\* De school houdt per leerling een register bij van de genomen medicijnen. 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 overeenstemming met de bepalingen van de privacywet mag dit document niet langer bewaard worden dan nodig voor het verwezenlijken van deze doeleinden. Na afloop van de behandeling/het schooljaar dient dit formulier ofwel aan de ouders van de leerling overhandigd te worden, ofwel vernietigd te worden.