



medicatie op school

Moet uw kind overdag **op doktersvoorschrift** medicatie innemen?

Dan dient u vooraf onderstaand formulier in te vullen en te handtekenen.

Bij iedere wijziging van therapie, medicatie of dosering moet een nieuw formulier ingevuld worden.

We dienen enkel medicijnen toe als aan onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Er werd een **schriftelijke aanvraag** ingevuld door een ouder of voogd.
- De geneesmiddelen zitten **in de originele verpakking** én de originele **bijsluiter** is toegevoegd.
- De **naam** van de leerling staat **op de verpakking** van het geneesmiddel.
- Bij medicijnen die enkel op voorschrift kunnen bekomen worden, heeft de **apotheker** een **sticker op het medicijndoosje** aangebracht met de naam van de leerling, de dosering van de medicatie, de naam van de voorschrijvende arts EN/OF heeft de voorschrijvende arts het **tweede deel van dit document ingevuld** en ondertekend.

deel in te vullen door de ouders

naam en klas van de leerling : _____ klas _____

naam van het **medicijn**: _____

periode het medicijn dient te worden genomen van ____ / ____ /20__ tot ____ / ____ /20__

tijdstip het medicijn dient dagelijks ingenomen te worden om: _____

dosering van het medicijn (aantal tabletten, druppels, ml,...): _____

wijze van bewaring (bv. koel): _____

ouder/voogd : naam _____ tel. _____

huisarts : naam _____ tel. _____

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat bovenvermelde leerling de medicijnen neemt in overeenstemming met de beschreven dosering en instructies.

handtekening ouder/voogd

datum

deel in te vullen door de arts / apotheker

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 genomen indien:

naam van de arts: _____

telefoonnummer van de arts: _____

handtekening van de arts

stempel van de arts

datum

deel in te vullen door de school *

Het nemen van het medicijn geschiedt onder het toezicht van (naam en functie van het personeelslid**):

en in diens afwezigheid door (naam en functie van het personeelslid**): _____

naam en handtekening van de directie

handtekening van het betrokken personeelslid

* de school houdt een register bij van elk genomen medicijn.

** de betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis.