

Bijlage 02 - Aanvraagformulier
Mijn kind moet op school medicijnen gebruiken.

Wanneer u wenst dat de school er op toeziet dat uw minderjarig kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen. Zonder handtekening van een ouder of van een arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd.

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

INGEVAL HET MEDICATIE BETREFT ZONDER DOKTERSVOORSCHRIFT

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDER

Naam en klas van de leerling

Naam van het medicijn

Tijdstip en dosering

Begin- en einddatum van het gebruik

Wijze van bewaring (*bv. koel*)

Naam van de ouder die ondertekent

Telefoonnummer van de ouder

Door het invullen en ondertekenen van dit document neemt de ouder de verantwoordelijkheid op zich.

Datum

Handtekening van de ouder

INGEVAL HET MEDIACHTIE OP DOKTERSVOORSCHRIFT BETREFT:

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

Naam en klas van de leerling

Naam van het medicijn

Begin- en einddatum

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

Dosering
(aantal tabletten, ...)

Wijze van gebruik
(oraal, percutaan, indruppeling, inhalering)

Wijze van bewaring
(bv. koel)

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn

Het medicijn mag niet genomen worden indien

Naam van de arts

Telefoonnummer van de arts

Datum
.....

Stempel van de arts

Handtekening van de arts
.....