

## Aanvraagformulier medicatie op school<sup>1</sup>

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 de geldigheidsdatum van het doktersattest verstreken is moet er een nieuw formulier ingediend worden. Ook bij een wijziging van therapie of medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden. Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

De ouders zijn verantwoordelijk voor de vervaldatum van de medicatie die ze zelf aanleveren aan de school.

---

### DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS :

Naam van de leerling die op school medicijnen dient in te nemen \_\_\_\_\_

Klas van de leerling \_\_\_\_\_

Geboortedatum van de leerling \_\_\_\_\_

Naam van de ouder die ondertekent \_\_\_\_\_

Telefoonnummer van de ouder \_\_\_\_\_

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift. Wij zijn zelf verantwoordelijk en zullen er op toezien dat de geneesmiddelen niet over datum zijn.

**Datum**

**Handtekening van de ouder(s)**

---

### DEEL IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL:

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

En in diens afwezigheid door \_\_\_\_\_  
(naam en functie van het personeelslid)

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.

**Handtekening directie**

**Handtekening van de betrokken personeelsleden**

---

<sup>1</sup> 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.

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

Naam van het medicijn

\_\_\_\_\_

Het medicijn dient genomen te worden  
(*begin- en einddatum*)

van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Dosering  
(*aantal tabletten, ml...*)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Handtekening van de arts**

**Stempel van de arts**

**Datum**