Aanvraagformulier  
Mijn kind moet op school medicijnen gebruiken op doktersvoorschrift

Als je wil dat de school erop toeziet dat jouw kind tijdens de schooluren medicijnen inneemt op doktersvoorschrift, vul dan vooraf het aanvraagformulier hieronder in. Het deel aangeduid met ‘*In te vullen door de arts*’ mag je zelf niet invullen, dat moet de dokter doen. Zonder handtekening en stempel van de dokter is het formulier niet geldig.

Als de periode waarin je kind het medicijn moet nemen, langer duurt dan een trimester, ben je verplicht bij het begin van het nieuwe trimester een nieuw formulier indienen. Vul ook een nieuw formulier in, als de dokter de behandeling wijzigt of een ander medicijn voorschrijft. De school vernietigt dit formulier aan het einde van de behandeling.

|  |
| --- |
| **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 vraagt de school om erop toe te zien dat de leerling medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** |  | **Handtekening van de ouder(s)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DEEL IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL** |

|  |  |
| --- | --- |
| Personeelslid dat toeziet op het nemen van het medicijn: (naam en functie van het personeelslid) |  |
| En als dat personeelslid afwezig is: (naam en functie van het personeelslid) |  |

De school houdt per leerling een register bij van de genomen medicijnen. Het personeelslid dat toeziet vult in het register zijn naam in en welk medicijn de leerling op welk tijdstip inneemt. De personeelsleden aanvaarden die taak op vrijwillige basis.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam en handtekening van de directie** |  | **Handtekening van de personeelsleden** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 …)* |  |
| 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** |
|  |  |  |  |  |