



Vrije Basisschool Sint-Hubertus
Aardseweg 2 - 2440 Geel
014 /85 29 98
directie@vbsgeta.be

Aanvraagformulier:
Medicatie op doktersvoorschrift

STANDPUNT INZAKE 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 bijhorend 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.

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 leerkracht/school kan op geen enkel moment verantwoordelijk gesteld worden voor neveneffecten die bij het kind optreden naar aanleiding van het toedienen van deze medicatie conform de onderstaande richtlijnen.

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 ouder die ondertekent

.....

Telefoonnummer ouder

.....

Ondergetekende geeft de uitdrukkelijke toestemming aan de school om er op toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het doktersvoorschrift.

Datum

Handtekening van de ouder(s)

.....
.....

IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

Naam van het medicijn

.....

Het medicijn dient te worden genomen van van tot

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

.....

Dosering (aantal tabletten, ...)

.....

Wijze van gebruik (oraal, inhalering, indruppeling)

.....

Wijze van bewaring (bv. koel)

.....

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn

.....

Naam van de arts

.....

Telefoonnummer van de arts

.....

Datum

Stempel van de arts

Handtekening van de arts

.....

.....

.....