



Lagere School De Zonnewijzer

Kleine Hemmenweg 2
3520 Zonhoven

Dorpsstraat 62
3520 Zonhoven

tel: 011 81 35 28

fax: 011 81 49 97

Email: secretariaat@dezonnewijzerzonhoven.be

Website: <http://www.dezonnewijzerzonhoven.be>

Aanvraagformulier

Mijn kind moet op school medicijnen gebruiken op doktersvoorschrift

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 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.

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 de leerling medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

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 heeft ingenomen en onder wiens toezicht. De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis en kunnen daartoe niet verplicht worden.

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: van _____ tot _____
(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
