



ORS DE DUIZENDPOOT

Nieuwstraat 8

9290 Berlare

Secretariaat@duizendpootberlare.be

052 42 37 29

Aanvraagformulier:

Mijn kind moet op school medicatie 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 een 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 schooljaar, dient bij het begin van een nieuw schooljaar een nieuw formulier te worden ingediend. Ook bij een wijziging van therapie of medicatie moet een nieuw formulier ingevuld worden.

Deel in te vullen door de ouders

Naam van de leerling: _____

Geboortedatum: _____

Klas: _____

Naam ouder: _____

Telefoonnummer ouder: _____

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

Handtekening ouder(s)

datum

Deel in te vullen door de arts

Naam van het medicijn: _____

Het medicijn dient te worden ingenomen van __/__/20__ t/m __/__/20__.

Het medicijn dient dagelijks te worden genomen: om ____ uur, om ____ uur.

Dosering van het medicijn: _____ (aantal tabletten, ml,...)

Wijze van gebruik: (oraal; percutaan, _____
indruppeling, voor/na/tijdens de maaltijd,...)

Wijze van bewaring: _____

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn: _____

Het medicijn mag niet worden ingenomen als: _____

Naam van de arts: _____

Telefoonnummer van de arts: _____

Handtekening arts

Stempel arts

Datum