



ATTEST MEDICIJNEN

Beste ouder

Wanneer je wenst dat de school er op toeziet dat je kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt op doktersvoorschrift, dien je 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 als ongeldig beschouwd.

Bij een wijziging van therapie of medicijnen, vragen we om dit z.s.m. door te geven aan de directie / het secretariaat d.m.v. een nieuw formulier in te vullen.

Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

Met vriendelijke groeten

Team Domino Meldert

IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS:

GEGEVENS VAN HET KIND:

Naam	
Adres	
Geboortedatum	

Datum: \_\_\_\_\_

Ik, (naam ouder)\* \_\_\_\_\_

verzoek de school om er op toe te zien dan mijn zoon/dochter medicijnen inneemt in overeenstemming met het doktersvoorschrift op de achterkant van deze brief.

Handtekening:

\* Ondergetekende ouder verklaart t.o.v. de school, in toepassing van de artikels 373 en 374 van het Burgerlijk Wetboek, te handelen met instemming van de andere ouder.



IN TE VULLEN DOOR DE ARTS:

Naam van het medicijn	
Het medicijn dient genomen te worden (datum)	van tot
Het medicijn dient genomen te worden om (tijdstip)	uur
Het medicijn dient genomen te worden	voor / tijdens / na de maaltijd
Dosering (aantal tabletten, ...)	
Wijze van gebruik (oraal, indruppeling, inhalering, ...)	
Wijze van bewaring (koelkast, kamertemperatuur, ...)	
Mogelijke bijwerkingen van het medicijn	
Het medicijn mag niet genomen worden indien	
Extra informatie	

Datum: \_\_\_\_\_

Naam arts: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer arts: \_\_\_\_\_

Handtekening:

Stempel van de arts:

IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL:

Personeelslid dat het medicijn toedient (naam + functie)	
Personeelslid dat het medicijn toedient bij afwezigheid van bovenvermeld personeelslid (naam + functie)	