



Basisschool Lutlommel

Hanekapstraat 8
3920 Lommel
Tel :011/ 54 05 16
Fax :011/ 54 05 17
E-mail: info@balu.be

ATTEST TOEDIENEN MEDICATIE OP SCHOOL

Wanneer uw kind tijdens de schooluren medicatie moet innemen en de school hierop toeziet, dient u vooraf onderstaand formulier 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. Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

De medicatie dient steeds in de originele verpakking met de daarbij horende bijsluiter te worden meegebracht. Het medicament dient steeds van een etiket te worden voorzien met daarop de naam van het kind, adres en het telefoonnummer van de voorschrijvende arts.

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 geeft 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
(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)

.....

Naam van de arts

.....

Telefoonnummer van de arts

.....

Datum

Stempel van de arts

Handtekening van de arts

.....

.....