



Vzw KOBA Metropool – regio 1

## Interne Dienst Preventie

Datum: 21/01/2019

Medicatie op school

### Medicatie op school

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 dit aanvraagformulier in te (laten) 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 medicatie moet een nieuw formulier ingevuld worden.

### Deel in te vullen door de ouders

Naam van de betrokken leerling: .....

Geboortedatum van de leerling: ...../...../.....

Klas: .....

Naam van de ouder die het formulier invult: .....

Telefoonnummer ouder: ...../.....

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

- De geneesmiddelen zitten in de originele verpakking en de bijsluiter is bijgevoegd.
- De naam van de leerling moet op het geneesmiddel geschreven worden.
- Wanneer er bijwerkingen optreden is het aan het schoolteam toegestaan een dokter te ontbieden. Bij voorkeur zal de voorschrijvende dokter of de huisarts worden geraadpleegd.

Handtekening ouder(s)

Datum

### **Deel in te vullen door de arts**

Naam van de medicatie: .....

Startdatum inname: .....

Einddatum inname: .....

Tijdstip(pen) van inname: .....

Dosering: .....

Wijze van toediening: .....

Extra info: .....

Wijze van bewaring: .....

Te verwachten bijwerkingen: .....

Tegenindicaties: .....

Naam en telefoonnummer arts: .....

Handtekening arts                      Stempel van de arts                      Datum

### **Deel in te vullen door de school\***

Naam en functie van het personeelslid dat toezicht houdt op het innemen van de medicatie:

Naam en functie van het personeelslid dat toezicht houdt op het innemen van de medicatie als bovenvermelde afwezig is:

Naam en handtekening  
de directie

Handtekeningen betrokken personeel

---

\* De school houdt een register bij van elk genomen medicijn. 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.