

## Aanvraagformulier Medicatie op school

Geachte ouders,

Het medicatiebeleid werd van de overheid uit grondig gewijzigd. Hierdoor moet ook ons schoolreglement en de afspraken rond medicatiegebruik op school aangepast worden.

Vooreerst wil de school benadrukken, in het belang van andere kinderen en het schoolteam, dat een zieke leerling niet thuishoort op school.

Toch kan het gebeuren dat een kind op school medicijnen moet innemen.

Daarom vragen wij een aantal regels te volgen:

- De school aanvaardt enkel medicijnen op doktersvoorschrift, ondertekend door de ouders. Zonder handtekening en stempel van de arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd.
- Geef de medicijnen in de originele verpakking en met een volledig en ondertekend doktersattest rechtstreeks af op school. Dus niet via de boekentas of leerling.
- 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 van de dokter te worden ingediend.
- Het schoolteam is medisch niet geschoold en mag volgens wet enkel maar toezien dat jullie kind medicijnen inneemt.
- In geen enkel geval mag medicatie worden doorgegeven aan een andere leerling.

---

**Deel in te vullen door de ouders**

Naam van de leerling die het medicijn

dient in te nemen: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Uit 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 genomen van \_\_/\_\_/20\_\_ tot \_\_/\_\_/20\_\_.

Het medicijn dient dagelijks te worden genomen: om \_\_\_\_\_uur, om \_\_\_\_\_uur,

om \_\_\_\_\_uur, om \_\_\_\_\_uur.

Dosering van het medicijn

(aantal tabletten, ml,...): \_\_\_\_\_

Wijze van gebruik (bv. oraal, percutaan, indruppeling,  
voor/na/tijdens de maaltijd...) \_\_\_\_\_

Wijze van bewaring (bv. koel): \_\_\_\_\_

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn:

\_\_\_\_\_

Het medicijn mag niet worden genomen indien:

\_\_\_\_\_

Naam van de arts: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer van de arts: \_\_\_\_\_

Handtekening van de arts

Stempel van de arts

Datum

-----

**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):

\_\_\_\_\_

Naam en handtekening van de directie

Handtekening van de betrokken personeelsleden