

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS:

Naam van het medicijn:

Het medicijn dient te worden genomen van: __/__/20__ tot __/__/20__. (begin- en einddatum)

Het medicijn dient genomen te worden: (tijdstippen, voor/tijdens/na de maaltijd)

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:

* De school houdt per leerling een register bij van de genomen medicijnen. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip heeft ingenomen en onder wiens toezicht.

** De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis.

*** In overeenstemming met de bepalingen van de privacywet mag dit document niet langer bewaard worden dan nodig voor het verwezenlijken van deze doeleinden. Na afloop van de behandeling/het schooljaar dient dit formulier ofwel aan de ouders van de leerling overhandigd te worden, ofwel vernietigd te worden.