

## Formulier

Aanvraagformulier medicatie



OLVI De Reuzenboom

OLVI De Reuzenboom

Spoorweglaan 24 - 25

2850 Boom

tel. 03/888.92.92

fax 03/843.36.02

[directie@dereuzenboom.be](mailto:directie@dereuzenboom.be)

[secretariaat@dereuzenboom.be](mailto:secretariaat@dereuzenboom.be)

[www.dereuzenboom.be](http://www.dereuzenboom.be)



---

### Aanvraagformulier

#### Mijn kind moet op school medicijnen 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 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 niet geldig beschouwd.

---

#### 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

**Mijn kind mag de medicatie zelfstandig innemen en is zelf verantwoordelijk voor de juiste inname: akkoord of niet akkoord. (omcirkel wat van toepassing is)**

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 heeft 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**

Katleen Gielis

**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)

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn

Het medicijn mag niet genomen worden indien

Naam van de arts

Telefoonnummer van de arts

**Datum**

**Stempel van de arts**

**Handtekening van de  
arts**