
AANVRAAGFORMULIER TOEZICHT OP/TOEDIENEN VAN MEDICATIE OP DOKTERSVOORSCHRIFT

Deel 1: In te vullen door de ouders/verantwoordelijke

Naam van de leerling: _____

Geboortedatum: _____

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 ouders

Datum

Deel 2: In te vullen door de arts

Naam van het medicijn: _____

Het medicijn dient genomen te worden van __/__/20__ tot __/__/20__

Het medicijn dient dagelijks te worden genomen om _____ uur, om _____ uur

om _____ uur, om _____ uur

Dosering van het medicijn: _____

Wijze van gebruik: _____

Wijze van bewaring: _____

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn

Het medicijn mag niet gegeven/genomen worden indien:

Naam van de arts: _____

Telefoonnummer van de arts: _____

Handtekening van de arts

Stempel van de arts

Datum

Opmerking: De medicatie wordt afgegeven aan het internaat, in zijn originele verpakking, met bijsluiter