|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo basisschool 't SPOOR | logo basisschool DE HORIZON | cid:490516E6D2B944B982C10339479258EA@Pavilion |

**Afspraken m.b.t. het innemen van medicatie: aanvraagformulier**

In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat uw kind tijdens de schooluren medicatie op doktersvoorschrift moet nemen. Wanneer het gewenst is dat de school hier op toeziet, dient vooraf onderstaand aanvraagformulier ingevuld te worden en ondertekend in het bezit te zijn van de school.

De veiligheid en gezondheid van uw en alle andere kinderen is onze grootste bekommernis. Daarom willen wij u beleefd vragen uw kind bij een besmettelijk overdraagbare ziekte liefst thuis te houden.

Dit aanvraagformulier is enkel geldig voor de **periode** zoals aangegeven door de huisarts. Bij een wijziging van therapie of medicatie is het in de eerste plaats aan de ouders om in samenspraak met huisarts een nieuw en aangepast aanvraagformulier op te maken en te overhandigen aan de school. Na beëindiging van de therapie wordt dit formulier automatisch vernietigd.

Opgelet! Om geldig te zijn, moet dit aanvraagformulier door *alle betrokkenen* ingevuld, gedateerd en ondertekend zijn.

|  |
| --- |
| ***LUIK 1: IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS*** |

|  |  |
| --- | --- |
| *Naam van het kind* |  |
| *Klas* |  |
| *Geboortedatum* |  |
| *Naam van de ouder(s) die ondertekenen* |  |
| *Telefoonnummer van de ouder(s)* |  |

*Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat de leerling medicatie neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Datum*** |  | ***Handtekening van de ouder(s)*** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ***LUIK 2: IN TE VULLEN DOOR DE HUISARTS*** |

|  |  |
| --- | --- |
| *Naam van het medicijn* |  |
| *Het medicijn dient genomen te worden in de periode* | 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* |  |
| *Is bijkomende informatie en/of opleiding nodig?* |  |
| *Indien ja, voorstel voor een afspraak* |  |
| *Naam van de arts* |  |
| *Telefoonnummer van de arts* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Datum*** |  | ***Stempel van de arts*** |  | ***Handtekening arts*** |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***LUIK 3: IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL*** |

|  |  |
| --- | --- |
| *Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door**(naam en functie ‘eerste’ personeelslid)* |  |
| *En in diens afwezigheid door**(naam en functie ‘vervangend’ personeelslid)* |  |

*De school houdt per leerling een register bij van de genomen medicijnen (zie bijlage). 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 en kunnen daartoe niet verplicht worden.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Naam en handtekening directie*** |  | ***Handtekening ‘eerste’ personeelslid*** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Datum*** |  | ***Handtekening ‘vervangend’ personeelslid*** |
|  |  |  |

(\*) Dit aanvraagformulier wordt ingevuld en ondertekend door de ouders, door de huisarts en door de school.