



# Lagere School De Zonnewijzer

Kleine Hemmenweg 2  
3520 Zonhoven

Dorpsstraat 62  
3520 Zonhoven

tel: 011 81 35 28

Email: [secretariaat.zonnewijzer@sgkabaz.be](mailto:secretariaat.zonnewijzer@sgkabaz.be)

Website: [zonnewijzer.sgkabaz.be](http://zonnewijzer.sgkabaz.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 niet als geldig beschouwd.

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 te worden ingediend. Ook bij een wijziging van therapie of medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden.

---

#### 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: \_\_\_\_\_

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 van het personeelslid): \_\_\_\_\_

En in diens afwezigheid door

(naam 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

Handtekening van de personeelsleden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS**

---

Naam van het medicijn: \_\_\_\_\_

Het medicijn dient genomen te worden: van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_  
(begin- en einddatum)

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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_