



## Formulier medicatie

---

### Deel in te vullen door de ouders

---

Naam van de leerling die het medicijn dient in te nemen: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Uit klas: \_\_\_\_\_

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 ouder(s)

Datum: .....

---

### Deel in te vullen door de arts

---

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

Het medicijn dient te worden genomen van \_\_/\_\_/20\_\_ tot \_\_/\_\_/20\_\_.

Het medicijn dient dagelijks te worden genomen: om \_\_\_\_\_ uur, om \_\_\_\_\_ uur,  
om \_\_\_\_\_ uur, om \_\_\_\_\_ uur.

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: .....