

Aanvraagformulier:

Mijn kind moet op school medicijnen gebruiken of heeft behoefte aan medische handelingen op doktersvoorschrift

Wanneer u wenst dat de school erop toeziet dat uw minderjarige/meerderjarige zoon of dochter tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt of medische handelingen nodig heeft 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. Bij een wijziging van therapie of medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden. Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS/ VERANTWOORDELIJKE

Naam van de leerling die op school medicijnen dient in te nemen	
Klas van de leerling	
Geboortedatum van de leerling	
Naam van de ouder/verantwoordelijke die ondertekent	
Telefoonnummer van de ouder	

Ondergetekende verzoekt de school om erop toe te zien dat de leerling medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift. Hiermee verklaar ik, ondergetekende, volledig verantwoordelijk en aansprakelijk te zijn en te blijven voor eventuele nadelige gevolgen van de medicatie en de verzorging voor de leerling.

Datum:

Handtekening van de ouders/verantwoordelijke

.....

.....

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door (naam en functie van het personeelslid of personeelsleden (bekwame helper).	
En in diens afwezigheid door (Naam en functie van het personeelslid of personeelsleden(bekwame helper)	

De school houdt per leerling een register bij van de genomen medicijnen. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip geeft ingenomen en onder wiens toezicht. Ze zorgt er ook voor dat de gegevens niet verspreid worden(GDPR). De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis en kunnen daartoe niet verplicht worden. Zij zijn bereid om de medische handelingen aan te leren en uit te voeren en indien nodig een opleiding bekwame helper te volgen.

Naam + handtekening van de directie

Namen + handtekeningen van de personeelsleden (bekwame helpers)

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

Naam Leerling:		Periode:	Van	tot
----------------	--	----------	-----	-----

Product / medische handeling(wijze van gebruik, wijze van bewaring, mogelijke bijwerkingen)	Ontbijt			Middageten			Avondeten			Avond
	Voor	tijdens	na	Voor	tijdens	na	Voor	tijdens	na	

PROCEDURE BIJ EVENTUELE VOORVALLEN

VOORVAL	TE VOLGEN HANDELINGEN

De medicatie dient uitsluitend in de originele verpakking met bijsluiter te zitten en wordt enkel toegediend bij afgifte van deze ondertekende fiche.

De medicatie zal worden toegediend onder toezicht van de bekwame helper, die ook de controle op de vervaldatum zal doen.

De bekwame helper heeft een opleiding/vorming nodig om de medische handelingen uit te voeren Ja/ Nee

Doorhalen wat niet van toepassing is

Indien ja: vul bijlage in: "Vorming tot bekwame helper"

De voorschrijvende arts	
Telefoonnummer	
Handtekening + stempel	

Bijlage: Vorming tot bekwame helper. (buitengewone medicatie, handelingen)

Volgende leerkracht(en) naam leerkracht(en)		
Volgde de volgende vorming(en) of opleiding(en):		
Door deze vorming(en) of opleiding(en) te volgen is de bekwame helper effectief bekwaam en kan deze kwalitatief handelen. <i>Als bekwame helper ben ik verplicht om bij fouten de behandelende geneesheer te verwittigen !!</i>		
Datum + Plaats	Naam Leerkracht(en) + Handtekeningen	Naam gezondheids- beoefenaar- opleider + handtekening