

BIJLAGE 4 – MEDICATIEFICHE

PERSONENGEGEVENS

Naam en voornaam _____

Voornaam _____

Adres _____

Telefoon _____

GSM ouders _____

MEDICATIEGEGEVENS

Naam van de medicatie _____

Dosis _____

Tijdstip toedienen _____

Wijze van toedienen _____

Periode van toedienen Van _____ tot _____ (Datum)

Bewaarplaats medicatie _____ (Hoe te bewaren? Koelkast,...?)

VOORSCHRIFT VAN DE BEHANDELLENDE ARTS

Indien medicijn langer dan 10 dagen dient te worden toegediend.

Ondergetekende, Dr. _____ verklaart dat _____

de hierboven genoemde medicatie dient te nemen.

De specificaties zijn hierboven aangeduid.

Datum: _____

Stempel en
handtekening arts:

TOESTEMMING VAN DE OUDERS/VOOGD

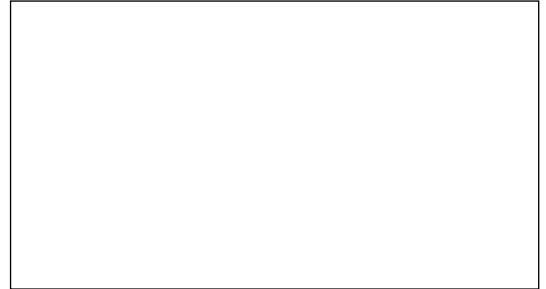
De medicatie dient in de originele verpakking met bijsluiter te zitten en wordt enkel toegediend bij afgifte van deze getekende fiche.

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

Hiermee geef ik de toestemming om bovenstaande medicatie toe te dienen en verklaar ik als ouder/voogd volledig verantwoordelijk en aansprakelijk te zijn en te blijven voor eventuele nadelige gevolgen van de medicatie voor de leerling.

Datum: _____

Handtekening
ouder/voogd:



Gelieve dit formulier te bezorgen indien uw kind medicatie moet innemen tijdens de schooluren.

Extra exemplaren van de medicatiefiche zijn te bekomen op de school.