de linde

VZW KATHOLIEK BASISONDERWIJS OVERPELT

Attest van MEDICATIE

Te gebruiken indien u wenst dat uw kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt.

Zonder handtekening en stempel van de arts wordt dit attest 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 attest*** te worden ingediend. Ook bij ***een wijziging van therapie of medicatie*** moet een ***nieuw attest*** ingevuld worden.

Op de verpakking van de geneesmiddelen dient de naam van het kind vermeld te zijn.

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS

Gegevens van de leerling die het medicijn dient in te nemen:

Naam en voornaam: ……..

Klas: …… Geboortedatum: ……

Ondergetekende, ……..……..…….. (naam moeder, vader, voogd),

telefonisch te bereiken op …….. verzoekt de school om er op toe te zien dat bovenvermeld kind de medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

Handtekening …… Datum ……

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

Informatie van het medicijn dat dient ingenomen te worden:

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 *(doorhalen wat niet past)* of ……

Wijze van bewaring *(bv. koel)*: ……..

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn: …….....

……

Het medicijn mag niet worden genomen indien: ……

……..

Gegevens van de behandelende arts:

Naam en voornaam: ……..……..

Telefoonnummer ……..… Datum: .....……

Handtekening …….. Stempel: