

Aanvraagformulier:

Mijn kind moet op internaat medicatie gebruiken op doktersvoorschrift

Wanneer u wenst dat het internaat er op toeziet dat uw minderjarig kind tijdens de internaatsuren 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 medicatie moet een nieuw formulier ingevuld worden.

1. Deel in te vullen door de ouders

Naam van de intern die het medicijn dient in te nemen: _____
Geboortedatum: _____
Naam ouder: _____
Telefoonnummer ouder: _____

Ondergetekende verzoekt het internaat om er op toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

Handtekening ouder(s)

Datum

2. Deel in te vullen door het internaat*

(ter informatie, de volledig gehandtekeningde lijst bevindt zich op internaat)

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door **): **Gentil Poppe & Katrien Smet**,
internaatsbeheerders

En in diens afwezigheid door **): een studiemeester-opvoed(st)er

Naam en handtekening van de
Internaatsbeheerders
(Ondertekende versie bevindt zich op internaat)

Handtekening van de
betrokken personeelsleden
(Ondertekende versie bevindt zich op internaat)

* Het internaat houdt een register bij van elk genomen medicijn. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip geeft ingenomen en onder wiens toezicht.

** De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis.

3. 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

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

Datum

Stempel van de arts