

Bijlage B**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

Deel in te vullen door de school*

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door (naam en functie van het personeelslid**):

En in diens afwezigheid door (naam en functie van het personeelslid**):

Naam en handtekening van de directie

Handtekening van de betrokken personeelsleden

* De school 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.