

Toestemmingsformulier Mijn kind moet op internaat medicijnen gebruiken op doktersvoorschrift

Wanneer u wenst dat het internaat er op toeziet dat uw minderjarig kind doorheen de week bepaalde medicijnen inneemt op doktersvoorschrift, dient u vooraf onderstaand toestemmingsformulier 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 medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden. Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

DEEL I (IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS)

Naam van de intern die op internaat medicijnen
dient in te nemen

Geboortedatum van de intern

Naam van de ouder die ondertekent

Telefoonnummer van de ouder

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

Datum

Handtekening van de ouder(s)

DEEL II (IN TE VULLEN DOOR HET INTERNAAT)

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)

Internaat ¹ Tielt
Beernegemstraat 3
8700 Tielt

Internaat ² Tielt
Ieperstraat 32
8700 Tielt

051 42 71 91
internaat@molenland.be
internaattielt.molenland.be



**scholen
molenland**
morgen start vandaag

Het internaat houdt per intern een register bij van de genomen medicijnen. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een intern op welk tijdstip geeft ingenomen en onder wiens toezicht. De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis en kunnen daartoe niet verplicht worden.

Naam en handtekening van de directie
Tom Creyten

Handtekening van de personeelsleden

DEEL III (IN TE VULLEN DOOR DE ARTS)

Naam van het medicijn

Het medicijn dient genomen te worden
(*begin- en einddatum*)

van

tot

Het medicijn dient genomen te worden
(*tijdstippen, voor / tijdens / na de maaltijd*)

Dosering
(*aantal tabletten, ...*)

Wijze van gebruik
(*oraal, percutaan, indruppelings, inhalering*)

Wijze van bewaring
(*bv. koel*)

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn

Het medicijn mag niet genomen worden indien

Naam van de arts

Telefoonnummer van de arts

Datum

Stempel van de arts

Handtekening van de arts