

INNAME MEDICATIE van schooljaar 2026-2027

IDENTITEIT LEERLING

Naam en voornaam	
Geboortedatum	

CONTACTGEVENS BEHANDELENDE ARTS/VERPLEEGKUNDIGE

Naam en voornaam	
Telefoonnummer	

VOORSCHRIFT BEHANDELENDE ARTS/VERPLEEGKUNDIGE:

Akkoord van de behandelende arts/verpleegkundige, (naam & voornaam):

Geeft toestemming aan de verpleegsters van de school voor het toezicht op medicatie inname van leerling (naam & voornaam):

Naam geneesmiddel, voedingssupplement, homeopathisch product (naam op de doos en de dosis)	Wijze van toediening*	Begindatum en einddatum medicatie	Frequentie (neemt de leerling dagelijks/wekelijks/14 dagen deze medicatie in)?

* Verduidelijking bij 'wijze van toediening':

- ☐ Via de mond
- ☐ Intramusculair
- ☐ Subcutaan
- ☐ Verstuiven
- ☐ Spoelen
- ☐ Supo (rectaal)
- ☐ Inhaleren
- ☐ Transdermaal/via huid (pleister)
- ☐ Sublinguaal (onder de tong)
- ☐ Via de sonde

Datum van attestering: