

## Medicijnattest - aanvraagformulier - bijlage 5

### Aanvraagformulier: Mijn kind moet op internaat medicatie gebruiken op doktersvoorschrift

Wanneer u wenst dat het internaat erop 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 duur 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.

Wij aanvaarden enkel medicijnen in de originele verpakking met de daarbij horende bijsluiter.

Zowel de medicijnen in de verpakking als de verpakking zelf moeten overeenkomen met de medicatie vermeld op het doktersvoorschrift.

### Deel in te vullen door de ouders

Naam van de intern die het medicijn dient in te nemen: .....

Rijksregisternummer: .....

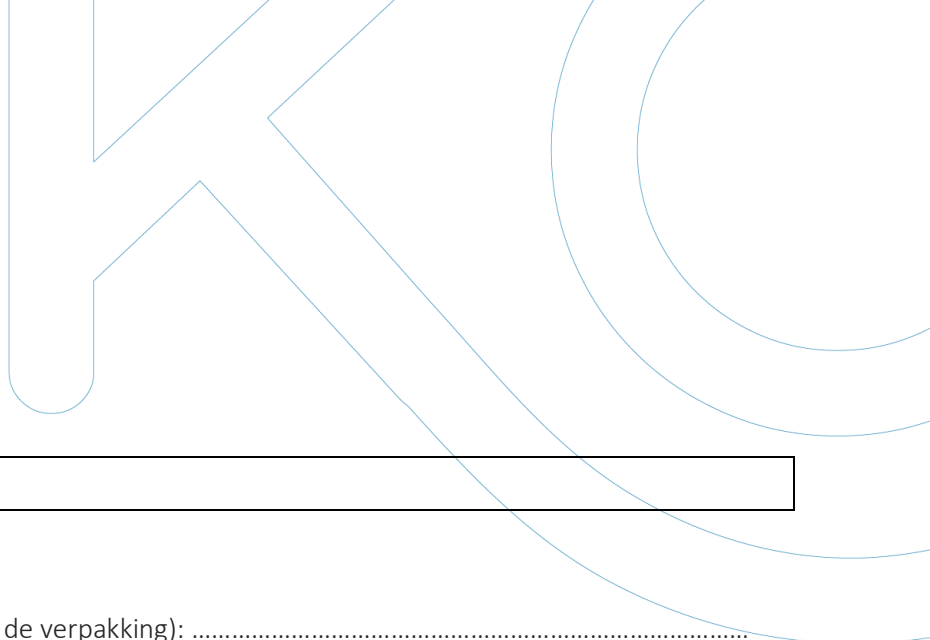
Geboortedatum: ..... / ..... / ..... Telefoonnummer ouder: .....

Naam ..... 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:



**Deel in te vullen door de arts**

Datum: ..... / ..... / 2022

Naam van het medicijn (terug te vinden op de verpakking): .....

Het medicijn dient te worden genomen van: ..... / ..... / 2022 tot ..... / ..... / 2023

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 (kamertemperatuur, koel, ...): .....

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn:

.....  
.....  
.....

Het medicijn mag niet genomen worden indien:

.....

Naam van de arts: .....

Telefoonnummer van de arts: .....

E-mail adres van de arts: .....

Handtekening van de arts:

Stempel van de arts: