

Verklaring Toestemming tot het uitvoeren van medische handelingen

Ondergetekende geeft toestemming voor het uitvoeren van de zogenoemde 'medische handeling' op school bij:

Naam leerling: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Naam ouders/verzorgers: _____

Telefoon thuis: _____

Telefoon werk: _____

Naam huisarts: _____

Telefoon: _____

Naam specialist: _____

Telefoon: _____

Naam medisch contactpersoon: _____

Telefoon: _____

Beschrijving van de ziekte waarvoor de 'medische handeling' op school bij de leerling nodig is:

Omschrijving van de uit te voeren 'medische handeling':

De 'medische handeling' moet dagelijks worden uitgevoerd op onderstaande tijden:

_____ uur

_____ uur

_____ uur

_____ uur

De 'medische handeling' mag alleen worden uitgevoerd in de hieronder nader omschreven situatie:

Manier waarop de 'medische handeling' moet worden uitgevoerd:

Eventuele extra opmerkingen:

Bekwaamheidsverklaring aanwezig: ja/nee

vervolg bijlage 3

Instructie medisch handelen

Instructie van de 'medische handeling' en de controle op de juiste uitvoering is gegeven op:

_____ (datum)

DOOR:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (instelling)

AAN:

Naam: _____

Functie: _____

Van: _____ (school)

Ondergetekende:

Naam: _____

Ouder/verzorger: _____

Handtekening: _____

Plaats: _____ Datum: _____