

Verklaring Toestemming tot het uitvoeren van medische handelingen

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

(naam leerling): .....

geboortedatum: .....

adres: .....

postcode en plaats: .....

naam ouder(s)/verzorger(s): .....

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

Ook ommezijde invullen

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

### INSTRUCTIE MEDISCH HANDELEN

Instructie van de 'medische handeling'

+ controle op de juiste uitvoering is gegeven op:

..... (datum)

DOOR:

naam: .....

functie: .....

van: ..... (instelling)

AAN:

naam: .....

functie: .....

van: ..... (naamschool en plaats)

Ondergetekende:

naam: .....

ouder/verzorger: .....

plaats: .....

datum: .....

Handtekening: .....