

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:	(naam school en plaats)

Ondergetekende:

naam:

ouder/verzorger:

plaats:

datum:

Handtekening:

