



Verklaring Toestemming tot het uitvoeren van medische handelingen

Ondergetekende geeft toestemming voor uitvoering van de zogenaamde '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

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: _____