



Toestemmingsformulier voor het uitvoeren van medische handelingen

Verklaring - Toestemming voor 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 ouder(s)/verzorger(s): _____

Telefoon thuis: _____ Mobiel nummer: _____

Telefoon werk: _____

Naam huisarts: _____ Gezondheidscentrum: _____

Telefoon: _____

Naam specialist: _____ Ziekenhuis: _____

Telefoon: _____ Afdeling: _____

Naam medische contactpersoon: _____

Telefoon: _____

Beschrijving van de ziekte waarvoor de medische handeling nodig is: _____

Omschrijving van de uit te voeren medische handeling: _____

De medische handeling moet dagelijks worden uitgevoerd op onderstaande tijden:

_____uur _____uur

_____uur _____uur



Toestemmingsformulier voor het uitvoeren van medische handelingen

Verklaring - Toestemming voor het uitvoeren van medische handelingen (deel 2)

De medische handeling mag alleen worden uitgevoerd in de volgende situatie(s):

Manier waarop de medische handeling moet worden uitgevoerd: _____

Eventuele extra opmerkingen: _____

Bekwaamheidsverklaring aanwezig: ja / nee

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee de school c.q. de hieronder genoemde leerkracht(en) die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen.

Onderteken voor akkoord of gezien

Naam ouder/verzorger _____ Handtekening ouder/verzorger _____

Plaats _____ Datum _____

INSTRUCTIE MEDISCH HANDELEN EN CONTROLE OP DE JUISTE UITVOERING

Datum instructie en controle: _____

De instructie en controle is uitgevoerd door:

Naam: _____

Functie: _____

Naam instelling: _____

De instructie en controle is ontvangen door:

Naam: _____

Functie: _____

School/plaats: _____