



TOESTEMMINGSFORMULIER

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

_____ (naam leerling)

geboortedatum: _____

adres: _____

postcode: _____ plaats: _____

zoon / dochter / pupil van:

_____ (naam ouder(s) / verzorger(s))

telefoon thuis: _____ telefoon werk: _____

naam huisarts: _____ telefoon: _____

naam specialist: _____ telefoon: _____

naam van contactpersoon (in ziekenhuis of anders) _____ Telefoon: _____

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

Omschrijving van de uit te voeren 'medische handeling':

Formulier 3 behorende bij protocol: medische handeling

Ook ommezijde invullen a.u.b.

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:

De manier waarop de 'medische handeling' moet worden uitgevoerd:

Eventuele extra opmerkingen:

Bekwaamheidsverklaring aanwezig: ja / nee

Instructie van de 'medische handeling + controle op de juiste uitvoering is gegeven op (datum):

door: _____ functie: _____

van: _____ (instelling)

Ondergetekende:

naam: _____

ouder: _____ verzorger: _____

datum: _____ plaats: _____

Handtekening: _____