
2.5.2 Formulier medisch handelen

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

Naam leerling:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode: Woonplaats:.....

Telefoon privé: 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':

.....
.....

De 'medische handeling' moet dagelijks worden uitgevoerd op onderstaande tijden:

.....uuruuruur..... 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 van de 'medische handeling + controle op de uitvoering is gegeven d.d.

door:..... Functie:.....

van:(naam instelling)

Ondergetekende:

Naam:

Ouder:.....

Verzorger:.....

Datum: Plaats:.....

Handtekening:

