

# Bijlage 3

## Uitvoeren van medische handelingen

(Toestemmingsformulier 3)

### 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':

---

---

---

---

*Ook ommezijde invullen*

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: \_\_\_\_\_