

## Toestemming medische handelingen

Ondergetekende geeft toestemming aan medewerkers van de school voor het uitvoeren van onderstaande medische handelingen aan:

Naam leerling: \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum: \_\_\_\_-\_\_-\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_  
 Postcode en plaats: \_\_\_\_\_  
 Naam ouder(s)/verzorger(s): \_\_\_\_\_  
 Telefoon thuis: \_\_\_\_\_  
 Telefoon werk/mobiel: \_\_\_\_\_  
 Naam huisarts: \_\_\_\_\_  
 Telefoon: \_\_\_\_\_  
 Naam specialist: \_\_\_\_\_  
 Telefoon: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Omschrijving van de medische handeling:

\_\_\_\_\_

### Uitvoering

Startdatum: \_\_\_\_-\_\_-\_\_\_\_  
 Einddatum: \_\_\_\_-\_\_-\_\_\_\_  
 Tijdstip: \_\_\_\_\_  
 Frequentie: \_\_\_\_\_  
 Dosering: \_\_\_\_\_  
 Wijze van uitvoering: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Instructie medische handeling

Er is instructie gegeven over de medische handeling op: \_\_\_\_-\_\_-\_\_\_\_  
 door: \_\_\_\_\_  
 aan: \_\_\_\_\_

Ondergetekende verklaart tevens de leerkracht of school niet aansprakelijk te stellen als door omstandigheden de hierboven genoemde afspraak niet nagekomen kan worden. Eventuele wijzigingen in bovenstaande gegevens dienen zo snel mogelijk door te worden gegeven aan de directeur van de school.

### Ondergetekende

Naam: \_\_\_\_\_  
 Plaats: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_-\_\_-\_\_\_\_  
 Handtekening \_\_\_\_\_