

## Toestemming medische handelingen door externen

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

Naam uitvoerder: \_\_\_\_\_  
Telefoon werk/ mobiel: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
Ruimte voor handeling: \_\_\_\_\_  
Wijze van uitvoering: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ondergetekende verklaart tevens de 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 \_\_\_\_\_