

Bijlage 2 - Uitvoeren van medische handelingen

Betrokkenen IBER-leerkracht - ouder



Verklaring: Toestemming tot het uitvoeren van voorbehouden medische handelingen (BIG)

Ondergetekende geeft toestemming voor uitvoering van de zogenoemde 'medische voorbehouden 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':

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 (omcirkelen hetgeen van toepassing is): ja / nee

Instructie voor medisch handelen en controle op de juiste uitvoering:

Er is instructie gegeven over het medisch handelen en de juiste uitvoering op: (datum)

Door:

Naam:

Functie:

Naam instelling:

Aan:

Naam:

Functie:

Naam en plaats school:

Ondergetekende:

Naam:

Ouder/verzorger 1:

Ouder/verzorger 2:

Plaats:

Datum:

Handtekening: