**Formulier F: Toestemmingsformulier
Uitvoeren van medische handelingen**

Ondergetekenden geven toestemming voor uitvoering van de zogenoemde ‘medische handeling’ op school bij:

Naam leerling:

Geboortedatum:

BSN nummer:

Naam huisarts:

Telefoon:

Naam specialist:

Telefoon:

Naam van contactpersoon in ziekenhuis of anders):

Telefoon:

Beschrijving van de ziekte waarvoor de ‘medische handeling’ op school 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: Ja / Nee
(=Formulier G: Bekwaamheidsverklaring bij het uitvoeren van medische handelingen.)
Instructie van de medische handeling en controle op de juiste uitvoering is gegeven op (datum):……………

Door:

Functie:

Naam instelling:

**Ondergetekenden:**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Datum: |
| Naam Ouder/Verzorger:Handtekening Ouder/Verzorger: | Naam Leerling:(indien 12 jaar en ouder uit het VSO)Handtekening Leerling: |