

OVEREENKOMST UITVOEREN MEDISCHE HANDELINGEN

Hierbij geeft (naam ouder/verzorger)

toestemming aan de Auris Professor van Gilseschool voor de uitvoering van de hieronder beschreven medische handeling op school bij:

naam leerling

geboortedatum:

De medische handeling is nodig voor onderstaande klachten, aandoening of ziekte:

.....

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 medisch handelen

Instructie van de 'medische handeling' + controle op de juiste uitvoering is gegeven op

(datum)

Door:

naam:

functie.....

naam instelling:.....

Aan:

naam:

functie:

naam en plaats school:

Overige gegevens

Telefoon ouders:.....

Naam huisarts:

Telefoon:

Overige medisch contactpersonen (bijv. specialist, wijkverpleegkundige):

Naam en functie:

Telefoon:

De Auris Prof. van Gilseschool is niet aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van de door haar personeel verrichte handeling.

Voor akkoord,

Plaats/datum:

Naam ouder:
.....

Naam leerkracht
.....

Naam teamleider
.....

.....
Handtekening ouder/verzorger

.....
Handtekening leerkracht

.....
Handtekening teamleider