

Toestemming tot het uitvoeren van medische handelingen

Ondergetekende geeft toestemming voor uitvoering van de zogenaamde "medische handeling" op school bij:

Naam leerling : _____
Geboortedatum : _____
Straatnaam : _____
Postcode en woonplaats : _____

Naam ouder(s)/verzorger(s) : _____
Telefoon thuis : _____
Telefoon mobiel : _____
Telefoon werk : _____

Naam huisarts : _____
Telefoon huisarts : _____
Naam specialist : _____
Telefoon specialist : _____
Naam apotheek : _____
Telefoon apotheek : _____

Naam geneesmiddel / zelfzorgmiddel : _____
Voorgeschreven door : _____
Houdbaarheidsdatum : _____

Het geneesmiddel/zelfzorgmiddel dient **bewaard** te worden **op de volgende plaats** (koelkast of andere plaats):

Beschrijving van de ziekte / stoornis waarvoor de "medische handeling" conform het doktersvoorschrift (zie etiket) op school bij het kind nodig is:

Plaats van het geneesmiddel / zelfzorgmiddel:

Omschrijving van de uit te voeren "medische handeling":

Toediening in de periode van: _____ **tot** _____ **(datum)**

De "medische handeling" moet
(aankruisen wat van toepassing is)

- ☐ dagelijks
☐ wekelijks
☐ incidenteel

worden uitgevoerd op de volgende tijd(en):

uur
uur
uur
uur
uur

Dosering

De "medische handeling" mag alleen worden **uitgevoerd in de hieronder nader omschreven situatie**. (Bijv.uur voor/na de maaltijd; niet met melkproducten geven; zittend, opschoot, liggend, staand, niet in het bijzijn van medeleerlingen)

Wijze van toediening "medische handeling" (Bijv. via mond-neus-oog-oor-huid-anaal-anders)

Het **geneesmiddel**/zelfzorgmiddel **zal worden toegediend door** (naam leerkracht of persoon)

Eventuele extra opmerkingen:

De school is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel / zelfzorgmiddel.

Ondergetekende:

Naam : _____
Relatie leerling : _____
Plaats : _____
Datum : _____
Handtekening : _____

Datum : _____
Handtekening directeur : _____

Evaluatie van toediening met datum: