

 Patagonstraat 1 5237 NE ’s-Hertogenbosch Tel: 073-8225470

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Toestemming tot medicijnverstrekking en/of**

**het uitvoeren van medische handelingen in bepaalde (levensbedreigende) situaties.**

**Ondergetekende geeft toestemming voor uitvoering van de zogenaamde ‘medische 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’:**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:**

........................................... uur .................................... uur

........................................... uur .................................... uur

**De ‘medische handeling’ mag alleen worden uitgevoerd in de hieronder nader omschreven situatie:**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

(Achterzijde ook invullen)

**Manier waarop de ‘medische handeling’ moet worden uitgevoerd:**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Eventuele extra opmerkingen:**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

**Instructie medisch handelen.**

Instructie van de ‘medische handeling’ + controle op de juiste uitvoering is gegeven op:

**Datum**:

**Door:**

Naam: Functie: Bedrijfshulpverlener / Leerkracht

Van: Kindcentrum ’t Schrijverke

**Aan:**

Naam: Team Schrijverke Functie: Directeur / Leerkrachten / Administratie

Van: Kindcentrum ‘t Schrijverke te ‘s-Hertogenbosch Conciërge / OOP

**Ondergetekende:**

Naam: ............................................................. Ouder/verzorger van: ...................................................

Plaats: ............................................................ Datum: ..........................................................................

Handtekening: ...........................................................................................