|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bijlage 3 – Uitvoeren van medische handelingen | | | |
| **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 huisarts | |  | |
| Naam specialist | |  | |
| Telefoon specialist | |  | |
| Naam medisch contactpersoon | |  | |
| Telefoon medisch contactpersoon | |  | |
| **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 dient dagelijks te worden uitgevoerd op onderstaande tijden**  **(+ dosering):** | | | |
| Maandag | ...uur | | …mg |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dinsdag | ...uur | | …mg |
| Woensdag | ...uur | | …mg |
| Donderdag | ...uur | | …mg |
| Vrijdag | ...uur | | …mg |
| **De ‘medische handeling’ mag alleen worden uitgevoerd in de hieronder omschreven situatie:** | | | |
|  | | | |
| Dosering van het medicijn: | |  | |
| Wijze van toediening: | |  | |
| Wijze van bewaren: | |  | |
| **Bekwaamheidsverklaring aanwezig (omcirkelen wat van toepassing is) JA / NEE** | | | |
| **Instructie medisch handelen:** | | | |
| Er is instructie gegeven over het medisch handelen en gecontroleerd op de juiste uitvoering op (datum) | | |  |
| Door (naam en handtekening) | | |  |
| Functie | | |  |
| Naam instelling | | |  |
| Aan (naam en handtekening) | | |  |
| Functie | | |  |
| Naam en plaats school | | |  |
| Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hierboven genoemde leraar die daarvoor de ‘instructie medisch handelen’ heeft gehad, toestemming voor het uitvoeren van de medische handelingen: | | | |
| Ondergetekende naam | |  | |
| ouder/verzorger van | |  | |
| Plaats en datum | |  | |
| Handtekening | |  | |