|  |
| --- |
| 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 |  |