|  |  |
| --- | --- |
|  | Bijlage 3Protocol medisch handelen |
|  |  |
| 20 februari 2023 | OBS de Toermalijn |
|   |  |

BIJLAGE 3 PROTOCOL MEDISCH HANDELEN

OBS de Toermalijn

**Toestemmingsformulier**

**Ondergetekenden geven toestemming voor uitvoering van de in dit formulier omschreven ‘medische handeling’ op school bij:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam (leerling)**  |  |
| **Geboortedatum:**  |  |
|  **Adres:**  |  |
|  **Postcode / woonplaats:**  |  |

Zoon / dochter / pupil van: *(doorhalen wat niet van toepassing is)*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam ouder(s) / verzorger(s):  |  |
| Mobiele telefoon:  |  |
| Telefoon thuis/werk:  |  |
| Naam huisarts:  |  |
| Telefoon:  |  |
| Naam specialist:  |  |
| Telefoon:  |  |
| Naam van contactpersoon (in ziekenhuis of anders) |  |
| Telefoon: |  |

**Beschrijving van de ziekte/aandoening waarvoor de ‘medische handeling’ op school nodig is:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Omschrijving van de uit te voeren medische handeling:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**De medische handeling moet dagelijks worden uitgevoerd op onderstaande tijden (alleen invullen als sprake is van dagelijkse toediening, anders vult u NVT in):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tijdstip:** | **Handeling:** |
|  |  |
|  |  |

**De medische handeling mag alleen worden uitgevoerd in de hieronder nader omschreven situatie (alleen invullen als van uitvoering in specifieke situaties sprake is, anders vult u NVT in):**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Eventuele extra opmerkingen:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Instructie van de medische handeling en controle op de juiste uitvoering is gegeven:

|  |  |
| --- | --- |
| **Op** (Datum)  |  |
| **Door** (Naam):  |  |
| Functie: |  |
| **Van** (Instelling) |  |
| **Aan**: |  |
| Functie: |  |
| **Van** (Naam + plaats van school):) |  |
| **Handtekening instructeur:** |  |

**Ondergetekenden:**

 Naam leerling: ……………………………………………………………………………..

Naam ouder/verzorger: ………………………………………………………………………………

Datum: ………………………………………………………………………………

 Plaats: ……………………………………………………………………………….

**Naar waarheid ingevuld**

 Indien de leerling 12 jaar of ouder is:
 Handtekening ouder(s) / verzorger(s): Handtekening leerling

………………………………………………………… ………………………………………………………………

De op dit formulier vastgelegde afspraken worden alleen uitgevoerd als de benodigde bekwaamheidsverklaring door een bevoegd en bekwaam arts is verstrekt aan het in dit formulier genoemde persoon die de voorbehouden medische handelingen kan uitvoeren. Deze verklaring is als bijlage aan dit formulier gehecht.