|  |  |
| --- | --- |
|  | Bijlage 4  Protocol medisch handelen |
|  |  |
| 20 februari 2023 | OBS de Toermalijn |
|  |  |

BIJLAGE 4 PROTOCOL MEDISCH HANDELEN

OBS de Toermalijn

# BEKWAAMHEIDSVERKLARING BIJ HET UITVOEREN VAN MEDISCHE HANDELINGEN

**Bekwaamheidsverklaring**

Ondergetekende, bevoegd tot het uitvoeren van de hieronder beschreven handeling

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

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

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

Verklaart dat,

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam**: |  |
| Functie: |  |
| **Van** (Naam + plaats van school):) |  |

Na instructie door ondergetekende in staat is bovengenoemde handeling bekwaam uit te voeren.

De handeling moet worden uitgevoerd ten behoeve van:

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam (leerling)** |  |
| **Geboortedatum:** |  |

Het uitvoeren van bovengenoemde handeling is voor de leerling noodzakelijk wegens:

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

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

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

De hierboven beschreven handeling mag alleen worden uitgevoerd op de tijdstippen waarop de leerling op school aanwezig is.

De hierboven beschreven handeling moet worden uitgevoerd gedurende de periode:

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

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

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

Er is instructie gegeven op bovengenoemde behandeling

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