

Tıbbi faaliyetlere ilişkin mutabakat

(Yasal dayanak: Madde 66b Okul Eğitimi Yasası ve Madde 50a Tıp Yasası 1998)

Çocuğun adı:

doğum tarihi

Okul:

Sınıf:

Aşağıdaki öğretmenlerden (lütfen tek tek isim verip imzalayın veya birden fazla isim varsa imzalı bir isim listesi ekleyin)

1).....İmza:

2).....İmza:

3) Birden fazla giriş için ekteki listeye bakın

aşağıda listelenen işlemleri, öngörülen tıbbi devirden sonra ve bu devir iptal edilene kadar çocuğum üzerinde gerçekleştirmesini talep ediyorum.

.....
.

.....
Rıza ve karar verme ehliyetine sahip öğrencinin imzası

.....
.

.....
Yasal vasi(ler)in imzası

Doktor tarafından doldurulacaktır:

Aşağıdaki faaliyetler belirtilen zamanlarda / uygun durumlarda gerçekleştirilecektir (uygun olmayanı silin):

Faaliyet türü (örn. kan şekeri ölçümü, tüple besleme, vb.)	Saat

Yukarıda belirtilen tıbbi faaliyetin devrini 1998 tarihli Tıp Yasası'nın 50a maddesi uyarınca gerçekleştirdim (bkz. devir beyanı).

.....
Yer, Tarih

.....
Doktorun adı ve imzası