

Zelfbekwaamheidsverklaring POCT

Naam		
Module	☐ CRP	datum:
	☐ HbA1c	datum:
	☐ Glucose	datum:
	☐ Hb	datum:
	☐ Urinestrip	datum:
onder begeleiding uitgevoerd		naam begeleider

Ik verklaar hierbij bekwaam te zijn voor het gebruik van bovenstaande POCT-module(s)	
paraaf deelnemer	
paraaf accoord praktijk verantwoordelijke POCT	

