Gezondheidsverklaring

voor vaccinatie (infectieziektebestrijding)

(Onder meer te gebruiken bij hepatitis A, hepatitis B, rabiësvaccin, BMR en kinkhoestbooster. Versie 2015)

(Meisjes)achternaam: Geboortedatum: M/V

Voorletters: Geboorteland:

(Partner)achternaam: Telefoonnummer:

Adres: E-mailadres:

Postcode: Ziektekostenverzekering: nr:

Woonplaats: BSN:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wilt u de juiste antwoorden omcirkelen/aankruisen? | | |
| Lijdt u aan een ziekte of chronische aandoening? | nee/ja | Zo ja, nl:  O reumatische klachten O immuunstoornis  O diabetes O epilepsie  O nieraandoening O leveraandoening  O longaandoeningen O hartfalen  O anders: |
| Bent u onder behandeling en/of controle van een huisarts/specialist? | nee/ja | Naam: |
| Gebruikt u medicijnen? | nee/ja | Welke: |
| Heeft u op dit moment koorts boven de 38,5°C? | nee/ja |  |
| Indien van toepassing  Bent u zwanger?  Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden?  Geeft u borstvoeding? | nee/ja  nee/ja  nee/ja | Zwangerschapsduur : |
| Is uw milt verwijderd of werkt de milt minder goed? | nee/ja | Reden: |
| Bent u ergens allergisch voor? | nee/ja | Zo ja, allergisch voor:  O kippeneieren  O medicijnen / antibiotica, nl……………………….  O iets anders, nl……………………………………… |
| Heeft u het afgelopen jaar chemokuren gehad of bent u bestraald? | nee/ja | Reden:  Wanneer afgerond: |
| Heeft u de ziekte hepatitis A doorgemaakt? | nee/ja |  |
| Heeft u ooit veel last gehad van vaccinaties? | nee/ja | Vaccin: |
| Zo ja, wat waren de klachten? |  |  |
| Bent u ooit flauwgevallen tijdens of na injectie of bloedafname? | nee/ja |  |
| De cliënt heeft informatie gekregen, begrepen en gaat akkoord met voorlichting en voorgestelde vaccinatie.  Naar waarheid ingevuld,  Datum: Handtekening cliënt: | | | |

|  |
| --- |
| Opmerkingen verpleegkundige:  Naam verpleegkundige: Paraaf: |