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 epilepsieO 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 toepassingBent u zwanger?Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden?Geeft u borstvoeding? | nee/janee/janee/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 kippeneierenO 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:  |