**Bijlage 6 Voorbeeld gezondheidsverklaring + 5 vertalingen**

**Gezondheidsverklaring aviaire influenza t.b.v. oseltamivirprofylaxe / griepvaccinatie**

(Beschikbaar in het Nederlands, Bulgaars, Engels, Hongaars, Pools en Roemeens)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam:  Voorletters:  Geboortedatum:  m/v:  Adres:  Functie: |  |  |  |

Heeft u in dit griepseizoen de griepvaccinatie gehad? □nee □ja

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie? □nee □ja

Vaccin +datum:…………..……

Bent u ergens allergisch voor? □nee □ja □kippeneiwit □medicijnen:

Bent u onder behandeling of controle van een arts? □nee □ja Reden:………………………………………………

Arts:…………………………………………………

Heeft u een chronische ziekte? □nee □ja zo ja, welke: ……………………………………………

Heeft u last van nierfalen/ een nierziekte? □nee □ja □anders:………………………………

Gebruikt u medicijnen? □nee □ja zo ja, welke?

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

(Ook middelen niet voorgeschreven door een arts)

Heeft u al eerder Tamiflu geslikt? □nee □ja Datum:

*Indien van toepassing:*

Bent u zwanger? □nee □ja □weet niet Duur:………………………………...

Bent u van plan binnenkort zwanger te worden? □nee □ja Laatste menstruatie:

Geeft u borstvoeding? □nee □ja

Heeft u nog opmerkingen of bijzonderheden? □nee □ja □anders:…………………

*Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

Datum: ……/……/…………. Handtekening:…………………………………

Paraaf GGD medewerker:................