Bijlage 6 Voorbeeld gezondheidsverklaring

Gezondheidsverklaring t.b.v. oseltamivirprofylaxe / griepvaccinatie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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:................