# Gezondheidsverklaring oseltamivirprofylaxe / griepvaccinatie

Naam: …………..……
Voorletters: …………..……
Geboortedatum: …………..……
m/v: …………..……
BSN-nummer: …………..……
Adres: …………..……

Functie: …………..……
Taak/werkzaamheden: …………..……
Wanneer heeft u voor het laatst op gewerkt op de boerderij/het bedrijf? …………..……



Heeft u in dit griepseizoen de griepvaccinatie gehad? □ nee □ ja Vaccin +datum:…………..……
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie? □ nee □ ja



Bent u ergens allergisch voor? □ nee □ ja □ kippeneiwit □ medicijnen:…………..
Heeft u een chronische ziekte? □ nee □ja, welke:……………………..
Heeft u last van nierfalen/ een nierziekte? □ nee □ ja □ anders:………………………………
Bent u onder behandeling of controle van een arts? □ nee □ ja, reden:…………………………
Arts:…………………………………………………

Gebruikt u medicijnen? □ nee □ ja zo ja, welke?............................. (Ook middelen niet voorgeschreven door een arts)
Heeft u al eerder oseltamivir geslikt? □ nee □ ja
Datum:………………………………..
Heeft u nog tabletten oseltamivir in uw bezit? □ nee □ ja zo ja, hoeveel?

*Indien van toepassing*

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

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

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

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