



## 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  kippenewit  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:.....