# Oseltamivir-profilaxissal / influenza elleni védőoltással kapcsolatos egészségi nyilatkozat

Név: …………..……
Keresztnév kezdőbetűi: …………..……
Születési idő: …………..……
asszony/úr: …………..……
BSN-szám: …………..……
Cím: …………..……

Munkakör: …………..……
Feladat/tevékenységek: …………..……
Mikor dolgozott Ön utoljára a gazdaságban/üzemben? …………..……



Kapott Ön ebben az influenzaszezonban influenza elleni védőoltást? □ nem □ igen Oltás + dátum:…………..……
Jelentkeztek Önnél valaha oltás mellékhatásai? □ nem □ igen



Allergiás Ön valamire? □ nem □ igen □ baromfifehérje □ gyógyszerek:…………..
Van Önnek krónikus betegsége? □ nem □ igen, mégpedig:……………………..
Veseelégtelenségben/ vesebetegségben szenved Ön? □ nem □ igen □ egyéb:………………………………
Orvosi kezelés vagy ellenőrzés alatt áll Ön? □ nem □ igen, indoklás:…………………………
Orvos:…………………………………………………

Ön szed gyógyszereket? □ nem □ igen, ha igen, milyet?............................. (Nem orvos által előírt szereket is)
Szedett már Ön oseltamivir tablettát? □ nem □ igen
Dátum:………………………………..
Van még az Ön birtokában oseltamivir tabletta? □ nem □ igen, ha igen, hány darab?

*Amennyiben alkalmazandó*

Terhes Ön? □ nem □ igen Időtartam:………………………………... □ nem tudom
Tervezi, hogy rövidesen teherbe esik? □ nem □ igen Legutolsó menstruáció időpontja:…………..
Szoptat Ön? □ nem □ igen

Vannak még megjegyzései vagy különleges közölnivalója? □ nem □ igen …………..……

*Az aláírt nyomtatványt a valóságnak megfelelően töltöttem ki.*

Dátum: ……………………. Aláírás:…………………………………

GGD munkatársának kézjegye:................