Oseltamivir-profilaxissal / influenza elleni védőoltással kapcsolatos egészségi nyilatkozat  
Gezondheidsverklaring voor profylaxe met oseltamivir / griepvaccinatie (Hongaars/Nederlands)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Név| Naam: ……………………………………………………..........  
Keresztnév kezdőbetűi| Voorletters: ……………………………………………………..........  
Születési idő | Geboortedatum: ……………………………………………………..........  
asszony/úr | m/v: ……………………………………………………..........  
BSN-szám | BSN: ……………………………………………………..........  
Cím | Adres: ……………………………………………………..........

Telefonszám | Telefoonnummer ……………………………………………………..........

Email cím | E-mailadres ……………………………………………………..........

Munkakör | Functie: ……………………………………………………...............................  
Feladat/tevékenységek | Activiteiten: ……………………………………………………...............................  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Mikor dolgozott Ön utoljára a gazdaságban/üzemben? …………………………………………………….....  
*Wanneer heeft u voor het laatst op de boerderij/het bedrijf gewerkt?*

2. Kapott Ön ebben az influenzaszezonban influenza elleni védőoltást?  
*Heeft u in dit griepseizoen de griepvaccinatie gehad?*   
□ nem | nee □ igen | ja Oltás + dátum | Vaccin + datum: …………..……........................  
  
3. Jelentkeztek Önnél valaha oltás mellékhatásai?  
*Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?*   
□ nem | nee □ igen | ja Oltás + dátum | Vaccin + datum: …………..……........................

4. Allergiás Ön valamire?  
*Bent u ergens allergisch voor?*   
□ nem | nee   
□ igen | ja □ baromfifehérje | kippeneiwit □ gyógyszerek | medicijnen: ………………………….  
  
5. Van Önnek krónikus betegsége?  
*Heeft u een chronische ziekte?*    
□ nem | nee □ igen, mégpedig | ja, namelijk: ……………………………………………………...................  
  
6. Veseelégtelenségben/vesebetegségben szenved Ön?  
*Heeft u last van nierfalen/een nierziekte?*  
□ nem | nee □ igen | ja □ egyéb | anders: ……………………………………………………..........

7. Orvosi kezelés vagy ellenőrzés alatt áll Ön?  
*Bent u onder behandeling of controle van een arts?*   
□ nem | nee □ igen, indoklás | ja, reden: ……………………………………………..........................................  
 Orvos | Arts: ……………………………………………………..............................................  
  
8. Ön szed gyógyszereket?  
*Gebruikt u medicijnen?*   
□ nem | nee □ igen, ha igen, milyet? | ja, zo ja, welke?…………………………………………........... (Nem orvos által előírt szereket is)  
 (Ook middelen niet voorgeschreven door een arts)  
  
9. Szedett már Ön oseltamivir tablettát?  
*Heeft u al eerder Tamiflu geslikt?*   
□ nem | nee □ igen | ja Dátum | Datum:………………………………...................................  
  
10. Van még az Ön birtokában oseltamivir tabletta?  
*Heeft u nog Tamiflu-tabletten?*   
□ nem | nee □ igen, ha igen, hány darab? | ja, zo ja, hoeveel? ………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Amennyiben alkalmazandó | indien van toepassing)11. Terhes Ön?  
*Bent u zwanger?*   
□ nem | nee □ igen, Időtartam | ja, duur: …………………….... □ nem tudom | weet niet   
  
12. Tervezi, hogy rövidesen teherbe esik?  
*Bent u van plan binnenkort zwanger te worden?*   
□ nem | nee □ igen | ja   
Legutolsó menstruáció időpontja | Laatste menstruatie: …………..........  
  
13. Szoptat Ön?  
*Geeft u borstvoeding?*   
□ nem | nee □ igen | ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vannak még megjegyzései vagy különleges közölnivalója?   
*Heeft u nog opmerkingen of bijzonderheden?*   
□ nem | nee □ igen | ja …………………………………………………….....................................................

*Az aláírt nyomtatványt a valóságnak megfelelően töltöttem ki.  
Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

Dátum | Datum: …../…../………. Aláírás | Handtekening: ………………………………….................

GGD munkatársának kézjegye| Paraaf GGD-medewerker: ……………………………………………….