# Świadectwo zdrowia profilaktyka z użyciem oseltamiwiru / szczepienia przeciwko grypie

Gezondheidsverklaring voor profylaxe met oseltamivir / griepvaccinatie (Pools/Nederlands)

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

Nazwisko| Naam: ……………………………………………………..........  
Inicjały| Voorletters: ……………………………………………………..........  
Data urodzenia | Geboortedatum: ……………………………………………………..........  
m/k | m/v: ……………………………………………………..........  
Numer BSN | BSN: ……………………………………………………..........  
Adres | Adres: ……………………………………………………..........

Numer telefonu | Telefoonnummer ……………………………………………………..........

Adres e-mail | E-mailadres ……………………………………………………..........

Stanowisko | Functie: ……………………………………………………...............................  
Funkcja/obowiązki | Activiteiten: ……………………………………………………...............................  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Kiedy ostatni raz Pan(i) pracował(a) na gospodarstwie/w firmie? ………………………………………………….  
*Wanneer heeft u voor het laatst op de boerderij/het bedrijf gewerkt?*   
  
2. Czy w tym sezonie został(a) Pan(i) zaszczepiony(-a) przeciwko grypie?  
*Heeft u in dit griepseizoen de griepvaccinatie gehad?*   
□ nie | nee □ tak | ja szczepionka + data: …………………………  
  
3. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana(-i) skutki uboczne po przyjęciu szczepionki?  
*Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?*   
□ nie | nee □ tak | ja szczepionka + data: …………………………  
  
4. Czy jest Pan(i) na coś uczulony(-a)?  
*Bent u ergens allergisch voor?*   
□ nie | nee □ tak | ja □ białko jaja kurzego | kippeneiwit   
□ leki | medicijnen: ……………………………………………………..........  
  
5. Czy choruje Pan(i) na przewlekłą chorobę?  
*Heeft u een chronische ziekte?*    
□ nie | nee □ tak, jaką | ja, namelijk : .………………………………………..........................

6. Czy cierpi Pan(i) na niewydolność nerek/chorobę nerek?  
*Heeft u last van nierfalen/een nierziekte?*   
□ nie | nee □ tak □ inne | anders: …………………………..............................  
  
7. Czy pozostaje Pan(i) pod opieką lub kontrolą lekarza?  
*Bent u onder behandeling of controle van een arts?*   
□ nie | nee □ tak, powód | ja, reden:…………………………..........................................  
Lekarz | Arts:…………………………………………………  
  
8. Czy zażywa Pan(i) jakieś leki?  
*Gebruikt u medicijnen?*   
□ nie | nee □ tak jeśli tak, jakie? | ja, zo ja, welke? .....………………………………………  
 (Również środki nieprzepisane przez lekarza)  
 (Ook middelen niet voorgeschreven door een arts)  
  
9. Czy stosował(a) Pan(i) już wcześniej oseltamiwir?  
*Heeft u al eerder Tamiflu geslikt?*   
□ nie | nee □ tak | ja data | datum: ……………………………….............................  
  
10. Czy wciąż posiada Pan(i) tabletki oseltamiwiru?  
*Heeft u nog Tamiflu-tabletten?*   
□ nie | nee □ tak jeśli tak, ile? | ja, zo ja, hoeveel? ………………………………...............

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

(Jeżeli dotyczy | Indien van toepassing)11. Czy jest Pani w ciąży?  
*Bent u zwanger?*   
□ nie | nee □ tak Okres trwania | ja, duur: …………………….... □ nie wiem | weet niet   
  
12. Czy w najbliższym czasie planuje Pani ciążę?   
*Bent u van plan binnenkort zwanger te worden?*  
□ nie | nee □ tak | ja   
Ostatnia miesiączka | Laatste menstruatie: …………..........  
  
13. Czy karmi Pani piersią?  
*Geeft u borstvoeding?*   
□ nie | nee □ tak | ja

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

Czy ma Pan(i) uwagi lub dodatkowe informacje?  
*Heeft u nog opmerkingen of bijzonderheden?*   
□ nie | nee □ tak | ja ……………………………………………………

*Niżej podpisany(-a) oświadcza, że wypełnił(a) niniejszy formularz zgodnie z prawdą.  
Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

Data| Datum: …../…../………. Podpis| Handtekening: ………………………………….....................................

Parafa pracownika GGD| Paraaf GGD-medewerker: ………………………………………………..............................