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: ……………………………………………….