# 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: ………………………………………………..............................