



# Gezondheidsverklaring infectieziektebestrijding

*(Onder meer te gebruiken bij hepatitis A, hepatitis B,  
rabiësvaccin, BMR en kinkhoestbooster. Versie 2019)*

(Meisjes)achternaam: Geboortedatum: M/V  
Voorletters: Geboorteland:  
(Partner)achternaam: Telefoonnummer:  
Adres: E-mailadres:  
Postcode: Ziektekostenverzekering: nr:  
Woonplaats: BSN:

<b>Wilt u de juiste antwoorden omcirkelen/aankruisen?</b>		
Lijdt u aan een ziekte of chronische aandoening?	nee/ja	Zo ja, nl: O reumatische klachten O immuunstoornis O diabetes O epilepsie O nieraandoening O leveraandoening O longaandoeningen O hartfalen O galwegobstructie O anders:
Bent u onder behandeling en/of controle van een huisarts/specialist?	nee/ja	Naam:
Gebruikt u medicijnen?	nee/ja	Welke:
Heeft u op dit moment koorts boven de 38,5°C?	nee/ja	
Indien van toepassing Bent u zwanger? Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? Geeft u borstvoeding?	nee/ja nee/ja nee/ja	Zwangerschapsduur :
Is uw milt verwijderd of werkt de milt minder goed?	nee/ja	Reden:
Bent u ergens allergisch voor?	nee/ja	Zo ja, allergisch voor: O kippeneieren O medicijnen / antibiotica, nl..... O iets anders, nl.....
Heeft u het afgelopen jaar chemokuren gehad of bent u bestraald?	nee/ja	Reden:  Wanneer afgerond:
Heeft u de ziekte hepatitis A doorgemaakt?	nee/ja	
Heeft u ooit veel last gehad van vaccinaties?	nee/ja	Vaccin:
Zo ja, wat waren de klachten?		

Bent u ooit flauwgevallen tijdens of na injectie of bloedafname?	nee/ja	
De cliënt heeft informatie gekregen, begrepen en gaat akkoord met voorlichting en voorgestelde vaccinatie. Naar waarheid ingevuld, Datum: _____ Handtekening cliënt: _____		

Opmerkingen verpleegkundige:	
Naam verpleegkundige: _____	Paraaf: _____