# Gezondheidsverklaring oseltamivirprofylaxe/griepvaccinatie


Naam:  ………………………………………………………………………………….
Voorletters: ………………………………………………………………………………….
Geboortedatum: ………………………………………………………………………………….
m/v/x: ………………………………………………………………………………….
BSN: ………………………………………………………………………………….
Adres: straat: ………………………………………………………………………………….
 postcode: ………………………………………………………………………………….
 woonplaats: ………………………………………………………………………………….
Telefoonnummer: ………………………………………………………………………………….
E-mailadres: ………………………………………………………………………………….
Functie: ………………………………………………………………………………….
Taak/werkzaamheden: ………………………………………………………………………………….
Wanneer heeft u voor het laatst op gewerkt op de boerderij/het bedrijf? ………………………………….………

Heeft u in dit griepseizoen de griepvaccinatie gehad?
□ nee □ ja vaccin + datum: …………………………………….……………………..………………………...

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?
□ nee □ ja, namelijk: ………………………………………………..………..……………………..………………………..

Bent u ergens allergisch voor?
□ nee □ ja □ kippeneiwit □ medicijnen: …………………………………..……………

Heeft u een chronische ziekte?
□ nee □ ja, welke: …………………………………………………………………………..………..……………………..…

Heeft u last van nierfalen/ een nierziekte?
□ nee □ ja □ anders: …………………………………………………………………………..………………….

Bent u onder behandeling of controle van een arts?
□ nee □ ja, reden: …………………………………………………………………………..………..……………………..…
Arts: …………………………………………………………………………..………..……………………..………..……………………..……

 *ga verder op de volgende bladzijde ⇨*

Gebruikt u medicijnen (ook middelen niet voorgeschreven door een arts)?
□ nee □ ja, namelijk …………………………………………………………………………………………

Heeft u al eerder oseltamivir geslikt?
□ nee □ ja, datum: ………………………………..

Slikt u nu al/nog oseltamivir of slikte u oseltamivir in de afgelopen 7 dagen?
□ nee □ ja.

Zo ja, hoe lang slikt u achter elkaar door oseltamivir? ……………… weken
(indien tussendoor langer dan 7 dagen gestopt, begin dan vanaf die onderbreking te tellen)

*Indien van toepassing*Bent u zwanger?
□ nee □ ja, duur: ……………………………… □ weet niet

Bent u van plan binnenkort zwanger te worden?
□ nee □ ja, datum laatste menstruatie: ………………………………..

Geeft u borstvoeding?
□ nee □ ja Heeft u nog opmerkingen of bijzonderheden?
□ nee □ ja, namelijk: ……………………………………………………………………………………………………………

*Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

Datum: ………………………………………....……… Handtekening: ……………………..…………….…..………………
 **Invullen door GGD:
INDIEN ONAFGEBROKEN GEBRUIK OSELTAMIVIR VOOR PERIODE VAN 12 WEKEN OF LANGER**

GGD heeft vanwege overweging verstrekking oseltamivir betrokkene informatie verstrekt over langdurig (> 3 maanden) gebruik van oseltamivir: □ ja □ nee

De betrokkene kiest WEL / NIET (doorhalen wat niet van toepassing is) voor het innemen van oseltamivir voor een periode langer dan 12 weken.

**VERSTREKT op datum:** ………………………………………
Tabletten oseltamivir: □ nee □ ja, namelijk …………………… stuks
Griepvaccinatie: □ ja □ nee
Naam en paraaf GGD-medewerker: ……………………………………………………………………………………………………