# 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: ……………………………………………………………………………………………………