

ANAMNESEFORMULIER GRIEPVACCINATIES

S.v.p. aankruisen wat van toepassing is.

- | | | |
|--|------|-------|
| 1. Bent u eerder gevaccineerd tegen griep? | 0 ja | 0 nee |
| 2. Bent u allergisch voor: | | |
| kippenewit? | 0 ja | 0 nee |
| kippenvlees? | 0 ja | 0 nee |
| kippenveren? | 0 ja | 0 nee |
| 3. Bent u allergisch voor thiomersal ?
(conserveringsmiddel) | 0 ja | 0 nee |
| 4. Bent u allergisch voor polymyxine en neomycine
(bepaalde antibiotica) | 0 ja | 0 nee |
| 5. Heeft u de ziekte van Guillain Barré doorgemaakt
(ziekte aan het zenuwstelsel) | 0 ja | 0 nee |

Let op!! Als u op de dag van de vaccinatie koorts heeft, kunt u niet gevaccineerd worden.

Dit formulier dient u aan de arts- of verpleegkundige te overhandigen die de vaccinatie geeft. Dus niet bij uw werkgever inleveren.

Vrl. + Achternaam Handtekening.....

Geboortedatum..... Datum.....

Adres + Postcode + Woonplaats

.....

Tel. Nummer.....

Emailadres.....

Naam werkgever..... Personeelsnummer.....

Door het invullen van uw gegevens en gebruik te maken van de griepvaccinatie, gaat u akkoord met het verwerken van bovenstaande gegevens door Griep Vaccinatie Service B.V. Dit formulier zal als vereiste vanuit de Gezondheidsinspectie door Griep Vaccinatie Service B.V. worden bewaard voor 15 jaar.

- Op deze aanmelding is het privacyreglement van GVS van toepassing.