

## Bewustzijnsverklaring griepvaccinatie

*Declaration of consent for influenza vaccination*

Meditel verzoekt u de onderstaande verklaring en vragen volledig in te vullen.

Er wordt hoog in de bovenarm geprikt. Zorg daarom voor losse mouwen die gemakkelijk omhoog kunnen worden geschoven.

*Please fill out the form below. Do not skip questions.*

*Vaccines will be administered in your upper arm. Wear loose sleeves that can easily be lifted.*

Naam / Name	_____	
Geslacht / Sexe	<input type="checkbox"/> Man / Male	<input type="checkbox"/> Vrouw / Female
Geboortedatum / Date of birth	_____	
Huisadres / Home address	_____	
Postcode en woonplaats Postal code and town	_____	_____
Ziektekostenverzekeraar Health insurer	_____	
Polisnummer / Policy number	_____	
Werkgever / Employer	_____	

### Maak het juiste hokje zwart / Please tick appropriate box

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| 1. Heeft u ooit een onwenselijke reactie gehad tijdens of na een vaccinatie?<br><i>Have you ever encountered an unexpected reaction during or after vaccination?</i> | <input type="checkbox"/> nee<br>No               | <input type="checkbox"/> ja<br>Yes |
| 2. Bent u overgevoelig voor kippeneiwit of antibiotica?<br><i>Are you allergic to chicken proteins or antibiotics?</i>   | <input type="checkbox"/> weet niet<br>Don't know | <input type="checkbox"/> nee<br>No |
| 3. Heeft u momenteel koorts?<br><i>Are you feverish at this moment?</i>  | <input type="checkbox"/> nee<br>No               | <input type="checkbox"/> ja<br>Yes |
| 4. Bent u korter dan 3 maanden zwanger?<br><i>Are you pregnant (less than 3 months)?</i>   | <input type="checkbox"/> nee<br>No               | <input type="checkbox"/> ja<br>Yes |

Datum : \_\_\_\_\_  
Date

Handtekening cliënt : \_\_\_\_\_  
Signature

### Alleen invullen door Meditel / Only for Meditel

Vaccinatie akkoord?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Naam vaccinateur : _____	Paraaf vaccinateur : _____	