

Pediatriesch vaccinrecord

Naam/adres van de kliniek

Patient naam: _____

Geboortedatum: _____

Vaccin	Datum gegeven	Fabrikant	Lotnummer	Locatie	Beheerd door	Ouder/voogd
DTaP #1						
DTaP #2						
DTaP #3						
DTaP #4						
DTaP #5						
Tdap						
Hib #1						
Hib #2						
Hib #3						
Hib #4						
IPV #1						
IPV #2						
IPV #3						
IPV #4						
MMR #1						
MMR #2						
HepB #1						
HepB #2						
HepB #3						
HepB #4						
Varicella #1						
Varicella #2						
PCV #1						
PCV #2						
PCV #3						
PCV #4						
Hepa #1						
Hepa #2						
MCV4 nr. 1						
MCV4 #2						
Rotavirus #1						
Rotavirus #2						
Rotavirus #3						
HPV-nr. 1						
HPV #2						
HPV#3						
Influenza						
Influenza						
Influenza						
Influenza						

Site gegeven legende	Initialen	Handtekening van de beoefenaar	Initialen	Handtekening van een ouder*
RA = Rechterarm				
LA = Linkerarm				
RT= Rechterdij				
LT = Linker zij				
O = Mondeling				
IN= Intranasaal				

* Ik heb informatie gelezen over de hierboven genoemde ziekten en vaccins, of heb mij informatie laten uitleggen. Ik heb de kans gehad om vragen te stellen en deze zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik geloof dat ik de voordelen en risico's van de genoemde vaccins begrijp en vraag dat de hierboven genoemde vaccin(s) worden gegeven aan de hierboven genoemde persoon voor wie ik bevoegd ben om dit verzoek in te dienen. Mijn initialen onder Ouder/voogd geven aan dat ik instem met de vaccinatie op de betreffende datum.