

REGISTRATIE FORMULIER COVID (BOOSTER) INJECTIE

BSN NUMMER:.....

NAAM:

GEBOORTEDATUM:

MOBIEL TELEFOONNUMMER:

GEBRUIKT U BLOEDVERDUNNERS:

JA/NEE

Zo ja, welke:

ERNSTIGE KLACHTEN DIRECT NA DE VORIGE VACCINATIE:

JA/NEE

LAATSTE VACCINATIE MEER DAN 3 MAANDEN GELEDEN:

JA/NEE

AFGELOPEN 3 MAANDEN CORONA GEHAD:

JA/NEE

MOMENTEEL KOORTS:

JA/NEE