



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T +31 88 689 8989
info@rivm.nl

Invulgedeelte

Persoonsgegevens kind/jeugdige

Voornaam:	Adres:
Achternaam:	Postcode:
Geboortedatum:	Plaats:
BSN:	

Datum en opmerkingen vaccinatie-anamnese

Datum vaccinatieanamnese en -opdracht:

Opmerkingen (contra-indicaties, meerling, geboortedatum veranderingen, medicatie etc.)

Vaccinatiestatus

Land van herkomst:					
Ontvangen vaccins ¹ :	Datum ²	Datum	Datum	Datum	Datum
Hepatitis B (als los vaccin toegediend)					
Polio vaccin IPV/OPV					
DKTP-Hib-HepB					
DKT-Hib-HepB					
DKT-Hib					
DKTP					
DKT					
DTP					
Hib					
Pneu					
BMR					
MenC					
MenACWY					
HPV					

1. Wanneer geen vaccinatiebewijs aanwezig is, inventarisatie op basis van anamnese.
2. Wanneer geen exacte vaccinatie data bekend zijn, fictieve data of leeftijdsmaand invullen.

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T +31 88 689 8989
info@rivm.nl

Vaccinatieplan

(NB: plan inhaalvaccinaties tot de leeftijd waarop het kind weer instroomt in het reguliere RVP!)

Vaccinatiemoment	Plandatum	Vaccin	Vaccin	Vaccin
Moment X ³				
X + 1 maand				
X + maand				
X + maand				
X + maand				
X + maand				
X + maand				
X + maand				
X + maand				
Daarna reguliere 4-jarige vaccinatie				
Daarna reguliere 9-jarige (groeps)vaccinaties				
Daarna reguliere HPV- (groeps)vaccinaties				
Daarna reguliere MenACWY- (groeps)vaccinaties				

3. Moment X = datum eerste vaccinatie van vaccinatieplan.

Ondertekening jeugdarts

Naam jeugdarts:

E-mailadres:

Telefoonnummer:

JGZ-organisatie/locatie:

Handtekening: