## Registratieformulier Covid-19 vaccinatie

**In te vullen door medewerker:**

|  |  |
| --- | --- |
| Personeelsnummer |  |
| Voorletters en achternaam |  |
| Geboortedatum  |  |
| BSN nummer |  |

**In de vullen door vaccinatiemedewerker:**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum 1e vaccinatie |  |
| Lot nummer 1e vaccinatie |  |
| Datum 2e vaccinatie |  |
| Lot nummer 2e vaccinatie |  |

Ik heb kennis genomen van de beschrijving van de werkzaamheid, contra-indicaties en mogelijke bijwerkingen van het vaccin\*.

* Je vindt deze informatie op de website

<https://www.alrijne.nl/naar-het-ziekenhuis/formulieren-corona-vaccinatie>

Ik geef **wel/geen** toestemming\*\* aan Alrijne Zorggroep om mijn vaccinatiegegevens door te geven aan het RIVM voor de landelijke registratie.

\*\* Doorhalen wat niet van toepassing is

**Dit formulier ingevuld en ondertekend meenemen op de dag van vaccinatie.**

Datum: Handtekening: