**AANVRAAG TOT PREVENTIEVE VACCINATIE TEGEN APENPOKKEN**

Ik ondergetekende, arts, verklaar dat mijn patiënt

BEGUNSTIGDE

Naam:

Voornaam:

Rijksregisternummer:

Voldoet aan de voorwaarden voor vaccinatie tegen apenpokken.

Ik verklaar dat de patiënt geen van de volgende contra-indicaties heeft:

* Patiënt is jonger dan 18 jaar.
* Patiënt heeft symptomen van apenpokken of andere ernstige ziekte of acute infectie met koorts.
* Patiënt werd als kind gevaccineerd tegen pokken (geboren voor 1976), tenzij ze immuungecompromitteerd zijn.
* Patiënt maakte reeds apenpokken door.
* Patiënt is allergisch aan het vaccin of één van de bestanddelen: benzonase, gentamicine en/of ciprofloxacine.
* De patiënt heeft geen voorgeschiedenis van ernstige allergie op kippeneiwit.

Ik verklaar dat de patiënt de laatste 2 weken geen speciaal vaccin (levend (afgezwakt) vaccin (tegen gele koorts, mazelen,…), mRNA vaccin (tegen COVID-19,…)) kreeg toegediend. De patiënt is geïnformeerd over het respecteren van een interval van 2 weken na MPX vaccinatie.

ARTS

Naam:

Voornaam:

RIZIV-nummer:

Handtekening: