**Youth Health Care GGD Kennemerland Children 0-18 years**   02052022

Please fill in the information you know in this form.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Clientnummer: Naam arts/verpleegkundige:  Opvanglocatie/ Hotelnaam:  Datum: | | |
| **First and last name child**: Imię i nazwisko dziecka: Ім\*я та прізвище дитини  **Date of Birth:** Data urodzenia:Дата народження:  **Country of birth:** Kraj urodzenia:Країна народження:  **Boy / Girl:** Chłopiec / Dziewczynka:Хлопчик / Дівчинка:  **Dutch registration number:** Реєстраційний номер у муніципалітеті Нідерландів:  **School in Netherlands**: Школа в Нідерландах: | | |
| **First and last name parent:** Imię i nazwisko rodzica:Ім\*я та прізвище одного з батьків:  **Date of Birth parent:** Data urodzenia:Дата народження:  **Telephone number:** Numer telefonu:Номер телефону:  **E-mail-adress:** Adres e-mail:Електорнна адреса:  **Dutch registration number:** Реєстраційний номер у муніципалітеті Нідерландів:  **Language,Мова:** Ukraine / English /Russian/ other namely:  Język: ukraiński / angielski / rosyjski / inny, czyli,українська. | | |
| **Do you have questions for Youth health Care about your child?**  Like about health, sleeping, eating, behaviour, growth? Please note your questions here.  **Pools:** Czy masz pytania dotyczące opieki zdrowotnej nad dzieckiem?  Dotyczą one zdrowia, snu, jedzenia, stanu skóry? Zapisz tutaj swoje pytania.  **Russisch**: Есть ли у вас вопросы по охране здоровья молодежи о вашем ребенке?  Например, о здоровье, сне, питании, состоянии кожи? Пожалуйста, напишите свои вопросы здесь.  **Ukrainian:** Чи є у вас запитання по охороні здоров\*я молоді щодо вашої дитини ? Як про здоров’я, сон, їжу, стан шкіри? Будь-ласка занотуйте свої запитання тут. | | |
| Conclusion Youth Health Care: | | |
| **First and last name child**: Imię i nazwisko dziecka: Ім\*я та прізвище дитини  **Date of Birth:** Data urodzenia:Дата народження: | | |
| **Vaccinations history. Please note the date and year of the vaccination your child received.**  Historia szczepień. Zapisz datę i rok szczepień, którym zostało poddane Twoje dziecko. (pools)  История вакцинации. Запишите дату и год прививок, которые были сделаны вашему ребенку. (Rus)  Історія вакцинації.Запишіть дату і рік вакцинацій,які були зроблені вашій дитині(Ukr) | | |
| **Vaccin**  вакцина r | **Yes / no** **Так / Ні Да / Нет** | **Date and year of vaccination**  Дата и год вакцинации r |
| BCG 3 days bacillus Calmette-Guérin | Yes / no |  |
| DT 6 years Diphtheria and tetanus | Yes / no |  |
| DTwP 2 months Diphtheria-Tetanus- whole cell Pertussis | Yes / no |  |
| DTwP 4 months | Yes / no |  |
| DTwP 6 months | Yes / no |  |
| DTwP 18 months | Yes / no |  |
| DTwPHibHepB 2 months Diphtheria-Tetanus- whole cell Pertussis-Hepatitis B-Haemophilus influenzae type b | Yes / no |  |
| Hep B pediatric day 1 hepatitis | Yes / no |  |
| Hep B pediatric 2 months | Yes / no |  |
| Hep B pediatric 6 months | Yes / no |  |
| Hib 2 months Haemophilus influenzae type B | Yes / no |  |
| Hib 4 months | Yes / no |  |
| Hib 12 months | Yes / no |  |
| Influenza pediatric 6-48 months | Yes / no |  |
| Influenza pediatric 5-17 years | Yes / no |  |
| IPV 2 months inactivated poliovirus vaccine | Yes / no |  |
| IPV 4 months | Yes / no |  |
| MMR 12 months measles, mumps, and rubella, | Yes / no |  |
| MMR 6 years | Yes / no |  |
| OPV 6 months ( oral) poliomyelitis | Yes / no |  |
| OPV 18 months | Yes / no |  |
| OPV 6 years | Yes / no |  |
| OPV 14 years | Yes / no |  |
| Td 16 years tetanus and diphtheria. | Yes / no |  |
| Other vaccinations | | |
| Plan for vaccinations: (which vaccinations and month/year)  Vaccinations given today:  Date of vaccination: | | |