



Gegevens VKZ

Praktijk/Ziekenhuis

Naam

Adres

Postcode

Plaats

Telefoonnummer

Gegevens moeder

Meisjesnaam

Geboortedatum (dag/maand/jaar)

BSN

Adres

Postcode

Plaats

Toediening HepB-0 vaccin

Datum

Tijdstip

Lotnummer

(etiket plakken)

HepB-0 vaccin niet toegediend: reden

Het ingevulde formulier kunt u sturen aan:

RIVM-DVP

Antwoordnummer 10411

5600 VB Eindhoven

Fax: 088-6788949

e-mail: DVPZuid.PSIE@rivm.nl

PSIE toedieningsformulier HepB-0 vaccin en HBIg

Met dit formulier kunt u de gegevens over de toedieningen HepB-0 vaccin en HBIg bij pasgeborenen doorgeven. Deze toedieningen worden gegeven in het kader van de Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (PSIE).

Meer informatie vindt u op www.draaiboekpsie.nl. Gelieve dit formulier per omgaande te retourneren.

Gegevens kind

Voor- en achternaam

Geboortedatum (dag/maand/jaar)

Geboorte tijdstip

Toediening HBIg

Datum

Tijdstip

Lotnummer

(etiket plakken)

HBIg niet toegediend: reden

Datum formulier ingevuld

| | | |
|-----|-------|------|
| dag | maand | jaar |
| [] | [] | [] |

Dit formulier is te downloaden op www.rivm.nl
Met als zoekterm "Toedieningsformulier"