

MEDISCH PASPOORT / MEDICAL PASSPORT

KEEP WITH THE PASSPORT

NAAM/ NAME/(Фамилия) Familiya	
VOORNAAM/ FIRST NAME/(Имя) Imya	
GEBOORTEDATUM/ DATE OF BIRTH/(Дата рождения) data rozhdeniya	
OPVANGLOCATIE/ LOCATION/ Адрес места жительства) Adres mesta zhitelstva	

GEBRUIKT DE VOLGENDE MEDICATIE/ USES THE FOLLOWING CHRONIC MEDICATION

NAAM/ BRANDED NAME MEDICATION / вы принимаете какие-нибудь лекарства? Если да, то какие препараты? (vy prinyayete kakiye- nibud' lekarstva? Esli da, to kakiye preparaty)	STERKTE/ DOSIS STRENGTH/ POSOLOGY	VANAF FROM	GELIJKWAARDIGE NEDERLANDSE MEDICATIE

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS INCLUSIEF OPERATIES/MEDICAL HISTORY/

BENT U ZWANGER/PREGNANT? (беременная) беременная
UITGEREKENDE DATUM// Если да, то когда у вас срок родов? (Yesli da, to kogda u vas srok rodov?)

LICHAMELIJKE GEZONDHEID/ CHRONIC ILLNESSES// Физическое здоровье (Fizicheskoye zdorov'ye)

OVERGEVOELIGHEDEN/ ERNSTIGE ALLERGIEËN/ HYPERSENSITIVITIES

VACCINATIESTATUS/ VACCINATION HISTORY/

VACCIN COVID/ коронавирус (koronavirus) Вы привиты от короны? (Vy privity ot korony?)
BOOSTER COVID:
OVERIGE VACCINATIES/ OTHER VACCINS: /
HEPETITES A/ Были ли вы привиты от гепатита А? (Byli li vy privity ot gepatita A)
WELKE OVERIGE VACCINATIES HEEFT U GEHAD//Если да, то какая прививка у вас была? (Yesli da, to kakaya privivka u vas byla?)

DATUM / DATE:

NAAM VERPLEEGKUNDIGE/ARTS: