

Hälsodeklaration vaccination Covid-19 våren 2024

Blanketten skall fyllas i av dig som ska vaccineras. Ta med blanketten till vaccinationstillfället!

Tänk på att du skall vara frisk, utan feber eller infektion när du vaccineras.

Namn :	
Personnummer:	Telefonnummer:

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?
Ja Nej
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?
Ja Nej
3. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?
Ja Nej
4. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?
Ja Nej
5. Hur många doser av covidvaccin har du fått tidigare: _____

Uppgifterna nedan fylls i av vaccinationsmottagningen

Covid-19 Vaccinamn:	
Datum:	Administreringssätt:
Ordinatör:	Hö. överarm i.m <input type="checkbox"/> Vä. överarm i.m <input type="checkbox"/>
Vaccinatör:	Annat: _____
Batchnr:	Ev kommentar: