

Hälsodeklaration vaccination Influensa och Covid hösten 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:

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

Uppgifterna nedan fylls i av vaccinationsmottagningen

Datum:

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