

Hälsodeklaration vaccination

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 ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?
Ja ☐ Nej ☐
- 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 ☐
- Är du personal inom vård- och omsorg med patientkontakt?
Ja ☐ Nej ☐
- Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?
Ja ☐ Nej ☐

Uppgifterna nedan fylls i av vaccinationsmottagningen

Datum:

Covid-19 Vaccin	
Ordinatör:	Administreringssätt: Hö. överarm i.m. ☐ Vä. överarm i.m. ☐
Vaccinatör:	Annat: _____
Batchnr:	Ev kommentar:
Influensa Vaccin	
Ordinatör:	Administreringssätt: Hö. överarm i.m. ☐ Vä. överarm i.m. ☐
Vaccinatör:	Annat: _____
Batchnr:	Ev kommentar:

