

# Hälsodeklaration inför vaccination

Gäller vacciner mot: Covid-19, influensa, TBE, Pneumokocker, Stelkramp-difteri-kikhosta, Hepatit A+B, MPR

Namn:	Telefon:
Personnummer:	<input type="button" value="Rensa"/>
<b>Frågor till dig som ska vaccineras</b>	<b>OBS! Fråga 1-8 är obligatorisk, måste fyllas i.</b>
1. Har du vaccinerat dig under den senaste månaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om ja, vilket vaccin? ..... När? .....	
2. Har du ökad blödningsbenägenhet pga sjukdom eller medicin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om ja, vilken sjukdom alternativt medicin? .....	
3. Tar du medicin som nedsätter immunförsvaret (kortisonpiller, tumörbehandling eller annan immunhämmande behandling) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	
4. Har du tidigare fått någon kraftig reaktion i samband med att du blivit vaccinerad? (som yrsel, svimning, andnöd eller utslag) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	
5. Har du allergi som gett dig så kraftig reaktion att du behövt sjukhusvård? Om ja, kommentar: .....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
6. Är du allergisk mot ägg? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	
7. Är du allergisk mot något läkemedel? Om ja, vilket/vilka läkemedel? .....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
8. Har du någon annan allvarlig allergi? Om ja, vilken allergi? .....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej

Vaccinatör: _____
Vaccin: _____
Datum: _____
Dosnummer: _____
Batch: _____
Lokalisation: Höger arm <input type="checkbox"/> Vänster arm <input type="checkbox"/>

Vaccinatör: _____
Vaccin: _____
Datum: _____
Dosnummer: _____
Batch: _____
Lokalisation: Höger arm <input type="checkbox"/> Vänster arm <input type="checkbox"/>