

Datum

Klicka eller tryck här för att ange datum.

HÄLSODEKLARATION AVSEENDE VACCINATION MED LEVANDE VACCIN

Blanketten ska fyllas i av dig som ska vaccineras. Ta med blanketten till Vaccinationstillfället. Tänk på att du ska vara frisk, utan feber eller infektion när du kommer.	
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 ☐
Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?	Ja ☐ Nej ☐
Är du gravid?	Ja ☐ Nej ☐
Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 29 dagarna?	Ja ☐ Nej ☐
Har du nedsatt immunförsvar till följd av sjukdom eller medicinering?	Ja ☐ Nej ☐