

Vaccinationsformulär

Personuppgifter

Datum _____

Namn _____

Personnummer _____

Önskad vaccination

- TBE (fästing)
- Kolera
- Hepatit A/B
- Annan _____

Besvara nedanstående frågor:

	Ja	Nej
Är du tidigare vaccinerad med detta vaccin? Om ja, när?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon gång reagerat allergiskt på vaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått din mjälte bortopererad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du allergisk mot konserveringsmedel/kvicksilver (gäller TBE)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du allergisk mot höns/hönsägg/hönsfjädrar (gäller TBE)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du reumatiska besvär, blödarsjuka eller andra kroniska/allvarliga sjukdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du just nu feber/pågående infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlas du med cytostatika eller kortison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du gravid eller ammar du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Underskrift

.....
Underskrift målsman

.....
Underskrift målsman

Läkarens anteckningar nedan

Ordination _____

Sign _____

