



Vaccinationsanames

Typ av vaccin: _____

Personnummer: _____

Namn: _____

Arbetsplats: _____

Telefon: _____

Chef: _____

Ja Nej

Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga
reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?

Har du reagerat kraftigt mot vaccin tidigare?

Har du feber eller känner dig sjuk?

Tillhör du någon riskgrupp för influensa (diabetes, hjärt-
och kärlsjukdom, nedsatt immunförsvar, lever- eller
njursvikt, astma, extrem fetma)?

Har du ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom
eller medicin?

Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom
eller medicin?

Har du blodsmitta? Hepatit B, C, HIV?

Annan sjukdom?

Om ja: vad/vilka?

Tar du medicin?

Är du gravid?

Har du vaccinerat dig någon gång de senaste 4 veckorna?
För vad?

Om ja: vilket vaccin?

Dagens datum

Underskrift