



# Hälsodeklaration Vaccinering mot Covid-19

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos

Vaccinationsdatum.....

Personnummer.....

Namn.....

## Uppgifter om dig som ska vaccineras:

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Kommentarer.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? Vad? .....	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
3. Har du nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin? Vad? .....	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
4. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? Vad?.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

## Uppgifter som fylls i av ordinator och vaccinator:

Covid-19-vaccin namn.....(fylls i av ordinator)

Batch/lot:.....(fylls i av vaccinator)

Vaccinet har getts i: Höger arm  Vänster arm  Annat.....

Kommentar.....

Ordinatörens namn..... Sign.....

Vaccinatörens namn..... Sign.....

Vårdgivare och enhet.....

**TEXTA TYDLIGT!**

