

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot covid-19

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos.

Personnummer

— ÅR — MÅNAD — DATUM — NNNN —

Förnamn

Efternamn

Fylls i av dig som ska vaccineras eller vårdnadshavare:

- | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 1. | Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? | Ja | Nej |
| 2. | Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? | Ja | Nej |
| 3. | Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin? | Ja | Nej |
| 4. | Är du gravid? | Ja | Nej |
| 5. | Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? | Ja | Nej |
-