



HÄLSODEKLARATION

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos.

Vaccinationsdatum: _____

Personnummer: _____

Namn: _____

Fylls i av dig som ska vaccineras:

- | | JA | NEJ |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? | 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? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 4. Är du gravid? | 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"/> |