

Ordinationsunderlag vaccin

Namn:

Personnummer:

Enhet:

Hälsodeklaration

Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?

Ja

Nej

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

Ja

Nej

Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?

Ja

Nej

Är du gravid?

Ja

Nej

Har du vaccinerat dig någon gång Under de senaste 28 dagarna?

Ja

Nej

Ordination vaccin

Vaccin:

Batchnummer:

Injektionsställe:

Vaccin ordinerat 20__-__-__ av:

Vaccin givet 20__-__-__ av: