

# 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  
Reaktioner 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 ord. 20\_\_-\_\_-\_\_

av:

Vaccin givet 20\_\_-\_\_-\_\_

av:

## Ordination vaccin

Vaccin:

Batchnummer:

Injektionsställe:

Vaccin ord. 20\_\_-\_\_-\_\_

av:

Vaccin givet 20\_\_-\_\_-\_\_

av:

## Ordination vaccin

Vaccin:

Batchnummer:

Injektionsställe:

Vaccin ord. 20\_\_-\_\_-\_\_

av:

Vaccin givet 20\_\_-\_\_-\_\_

av: