

Vaccination mot covid -19

Hälsodeklaration

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos.

Namn: Telefon:

Personnummer:

Frågor till dig som ska vaccineras

Inför vaccinationen mot covid-19 ber vi dig svara på följande frågor:

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

Hälsodeklarationen är ifylld av vårdnadshavare

Namn
Datum