

Datum \_\_\_\_\_

## Medicinskt frågeformulär

Var god texta tydligt!

Namn \_\_\_\_\_ Personnr | Å | Å | M | M | D | D | \_\_\_\_\_

Mobilnr \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Har du tidigare reagerat kraftigt på någon vaccination eller antibiotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du allergisk mot äggvita eller är du mycket allergisk i övrigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlas du tillfälligt med hög dos kortison-tabletter eller cellgifter? Eller har du en sjukdom som påverkar immunförsvaret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon, för dig känd, blodsmitta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du blödersjuka eller använder du blodförtunnande medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ordinerad vaccination

(Fylles av vaccinationspersonal)

	Dos nr	Hö/Vä	Batch		Dos nr	Hö/Vä	Batch
Encepur - VUXEN				FSME Immun - VUXEN			
Encepur - BARN				FSME Immun - BARN			

Sign ordinator

Sign vaccinator