



## HÄLSODEKLARATION – VACCINATION

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos.

Vaccinationsdatum: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Fylls i av dig som ska vaccineras:

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Ja  Nej
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? Ja  Nej
3. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? Ja  Nej
4. Är du gravid? Ja  Nej
5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 28 dagarna? Ja  Nej