

Hälsodeklaration - vaccination mot covid-19

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos, gäller personer 18 år och äldre.

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

Vaccinationsdatum: _____

Inför din vaccination mot covid-19 ber vi dig att svara på följande frågor:

	JA	NEJ
1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?		
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?		
3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?		
4. Har du vaccinerats mot något annat än covid-19 de senaste 7 dagarna?		
5. Har du någon blodsmitta?		
6. Är du gravid?		

Fylls i av vaccinationsmottagningen:

Covid-19-vaccin namn:	Dos 1		Dos 2	
Batch/lotnummer:				
Höger arm	Vänster arm	Ev annan lokalisation för administrering:		
Ev kommentar:				
Vaccinatörens namn:			Signatur:	
Vårdgivare:		Mottagning/enhet		
Registrerad i Mitt Vaccin				