

# Hälsodeklaration covid-19 vaccination vid Region Skånes sjukhus 2021

Gäller personer 18 år och äldre

Patientuppgifter:

Namn

Personnummer

## Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor:

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 p.g.a. sjukdom eller medicin? Ja  Nej
4. Är du gravid? Ja  Nej
5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 14 dagarna? Ja  Nej

Region Skåne behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

## Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen:

Covid-19-vaccinamn:			
Vaccination dos 1 <input type="checkbox"/>	Datum:	Vaccination dos 2 <input type="checkbox"/>	Datum:
RS ID:	Signatur:	RS ID:	Signatur:
Generell ordination <input type="checkbox"/>		Generell ordination <input type="checkbox"/>	
Ordinatörens namn:		Ordinatörens namn:	
Administreringssätt:		Administreringssätt:	
Höger överarm i.m. <input type="checkbox"/>	Vänster överarm i.m. <input type="checkbox"/>	Höger överarm i.m. <input type="checkbox"/>	Vänster överarm i.m. <input type="checkbox"/>
Batch/Lotnummer:		Batch/Lotnummer:	
Ev. kommentar:		Ev. kommentar:	

Mottagning/enhet: \_\_\_\_\_