

Hälsodeklaration covid-19-vaccination



Blanketten ska fyllas i av dig som ska vaccineras. Ta med blanketten till vaccinationstillfället.

Tänk på att du ska vara frisk, utan feber eller infektion när du kommer.

Namn:	
Personnummer:	Telefonnummer:

Har du tidigare vaccinerats mot covid 19? Om ja, hur många doser har du fått? _____ Vilket datum fick du den senaste sprutan? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter en vaccination så att du har behövt sjukhusvård?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du allergier som någon gång har gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behandlas du med blodförtunnande läkemedel? Om ja, ange vilket/vilka!	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är du gravid? Om ja, ange vilken vecka? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Region Skåne behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

Uppgifterna nedan fyller vaccinationsmottagningen i:

Covid-19-vaccinamn:	
Vaccination, ange vilken dos: Datum: Signatur / RSID: Ordinatörens namn:	Administreringssätt: Höger överarm i.m. <input type="checkbox"/> Vänster överarm i.m. <input type="checkbox"/>
Batch/Lotnummer:	Ev. kommentar

Mottagning/enhet: _____