

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: _____

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter någon vaccination och då behövt sjukhusvård? Ja Nej
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? Ja Nej
3. Behandlas du med blodförtunnande läkemedel? Ja Nej
Om ja, vilket/vilka? _____
4. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet? Ja Nej
5. Är du gravid? Ja Nej

Region Skåne behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

Uppgifterna nedan fyller vaccinationsmottagningen i:

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

Mottagning/enhet: _____