

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 tidigare vaccinerats mot covid-19? Ja Nej
Om ja, hur många doser har du fått? _____
Vilket datum fick du den senaste sprutan? _____
2. Har du vaccinerats de senaste sju dagarna? Ja Nej
3. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter någon vaccination och då behövt sjukhusvård? Ja Nej
4. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? Ja Nej
5. Behandlas du med blodförtunnande läkemedel? Ja Nej
Om ja, vilket/vilka? _____
6. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet? Ja Nej
7. Är du gravid? Ja Nej
Om ja, i vilken vecka? _____

Region Skåne behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

Uppgifterna nedan fyller vaccinationsmottagningen i:

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

Mottagning/enhet: _____