

Vaccinationsformulär inför resa och annan vaccinering

NÄSETS
LÄKARGRUPP

Personuppgifter

Namn _____ Personnummer _____

Tel-nr samt mail-adress : **OBS !** _____

Om du skall resa:

Till vilka länder skall du resa och var i landet? _____

Avresedag _____ Vistelselängd _____

Andra önskemål avseende vaccinationsskydd?

Medicinsk historik

Ja **Nej**

Har du någon långvarig och/eller allvarlig sjukdom?

Om ja, ange sjukdom _____

Tar du kortisonpiller eller cellgifter?

Tar du några mediciner?

Om ja, ange vilka _____

Vet du att du är överkänslig för någon av följande ämne:

Ägg Kvicksilversalter Formalin
Fenol Gelatin Neomycin eller Polymyxin

Är mjälten bortopererad?

Är du gravid eller kan tänkas bli gravid i anslutning till ev. resa?
Ammar du?

Vet du att du är överkänslig för malariaprofylaxpiller?
Ange vikt (gäller endast vid malariaprofylax) : _____ kg

Vilka vaccinationer har du fått tidigare? **Vet ej**

_____ Ungefär när: _____

_____ Ungefär när: _____

_____ Ungefär när: _____

Om möjligt lämna in ditt vaccinationskort!

Läkarordination:

Vaccin

Datum _____

Underskrift _____