

Datum _____

Medicinskt frågeformulär

Var god texta!

Namn _____

Personnr _____

Å Å M M D D _____

Mobilnr _____

Telefon _____

Ja **Nej**

Har du tidigare reagerat kraftigt på någon vaccination eller antibiotika? Ja Nej

Är du allergisk mot äggvita eller är du mycket allergisk i övrigt? Ja Nej

Har du vaccinerat dig under de senaste 14 dagarna? Ja Nej

Behandlas du tillfälligt med hög dos kortisonpiller eller cellgifter?
Eller har du en sjukdom som påverkar immunförsvaret? Ja Nej

Är du gravid? Ja Nej

Har du någon, för dig känd, blodsmitta? Ja Nej

Ordinerad vaccination

(Fylls av vaccinationspersonal)

	Dos nr	Hö/Vä	Sign		Dos nr	Hö/Vä	Sign
FSME-Immun vuxen				Encepur vuxen			
FSME-Immun barn				Encepur barn			
Influensa				Pneumokock			

Vaccinationsläkarens sign _____