

Hälsodeklaration covid-19-vaccination

Blanketten ska fyllas i och tas med vid vaccinationstillfället.

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

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. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet? Ja Nej
4. Har du de senaste sju dagarna fått någon vaccination? Ja Nej

Region Skåne behandlar personuppgifter enligt gällande regelverk.

Uppgifterna nedan fyller den som vaccinerar i:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Covid-19-vaccinamn: | | | |
| Batch/Lotnummer: | | | |
| Vaccination dos 1 <input type="checkbox"/> | Datum: | Vaccination dos 2 <input type="checkbox"/> | Datum: |
| Administreringssätt: | | Administreringssätt: | |
| Höger överarm i m. <input type="checkbox"/> | Vänster överarm i m. <input type="checkbox"/> | Höger överarm i m. <input type="checkbox"/> | Vänster överarm i m. <input type="checkbox"/> |
| Signatur: | | Signatur: | |
| Ordinatörens namn: | | Ordinatörens namn: | |
| Ev. kommentar: | | | |

Ort, skola/vårdcentral: _____