

HÄLSODEKLARATION - VUXNA

Vaccination mot influensa
och pneumokocker

Vaccinationsdatum _____

Fyll i en hälsodeklaration per person.
Gäller personer 18 år eller äldre.

Personnummer _____

Namn _____

Har du allergi mot ägg? ☐ Ja ☐ Nej

Har du haft så svår allergisk reaktion mot något
annat att det var nödvändigt att söka sjukvård? ☐ Ja ☐ Nej

Har du reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer? ☐ Ja ☐ Nej

Har du fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna? ☐ Ja ☐ Nej

Har du blödersjuka eller annan blödningsbenägenhet? ☐ Ja ☐ Nej

Har du någon kronisk sjukdom? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, har du:

Kronisk lungsjukdom, inklusive astma ☐ Ja ☐ Nej

Kraftig övervikt (BMI>40) ☐ Ja ☐ Nej

Neuromuskulär sjukdom (till exempel MS) ☐ Ja ☐ Nej

Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck) ☐ Ja ☐ Nej

Ökad risk för infektioner
(till exempel immunsbristsjukdom, men också andra tillstånd
såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig
eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner) ☐ Ja ☐ Nej

Kronisk lever- eller njursvikt ☐ Ja ☐ Nej

Diabetes mellitus ☐ Ja ☐ Nej

CP/multifunktionshandikapp ☐ Ja ☐ Nej

Är du gravid? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vilken graviditetsvecka:

Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter
går att läsas av andra vårdgivare? ☐ Ja ☐ Nej

Namnunderskrift av den som ska vaccineras

Namnförtydligande