

Hälsodeklaration covid-19-vaccination

Blanketten ska fyllas i av dig som ska vaccineras. Ta med ifylld blankett till vaccinationstillfället eller fyll i när du kommer till oss.

Tänk på att du ska vara frisk, utan feber eller infektion när du kommer till oss.

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? | | |

MACC behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

Uppgifterna nedan fyller vaccinationsmottagningen i:

Covid-19-vaccinamn:

Vaccination, ange vilken dos:

Datum:

Administreringsätt:

Vänster överarm i.m.:

Batch/Lotnummer:

Höger överarm i.m.:

Mottagning/Enhet:

Annat:

Ordinatór:

Ev. Kommentar:

Signatur: