

Blankett: Hälsodeklaration Vaccination Säsongsinfluensa - Barnkliniken

Datum: _____

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård?

Ja Nej

Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?

Ja Nej

Har du ökad blödningsbelägenhet på grund av sjukdom eller medicin?

Ja Nej

Är du allergisk mot ägg?

Ja Nej

Samtycke för minderårig:

Samtycke lämnat av vårdnadshavare

Ja Nej