

## Blankett: Hälsodeklaration – Hälsodeklaration vaccination vuxna

### Patientuppgifter

Personnummer: \_\_\_\_\_

För- och efternamn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Epost-adress: \_\_\_\_\_

### Ringa in det som gäller nedan:

Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?	Ja Nej
Använder du immundämpande läkemedel?	Ja Nej
Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?	Ja Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?	Ja Nej
Är du gravid?	Ja Nej
Är du allergisk mot ägg?	Ja Nej
Ammar du?	Ja Nej
Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste fyra veckorna?	Ja Nej

### Vaccination av minderårig under 18 år

\_\_\_\_ Samtycke lämnat av vårdnadshavare

\_\_\_\_ Samtycke av vårdnadshavare saknas. Mognadsbedömning genomförd.

\_\_\_\_ Samtycke av vårdnadshavare saknas. Mognadsbedömning genomförd. Vaccineras ej.

Med min namnteckning nedan bekräftar jag:

Att ovanstående uppgifter är korrekta

Att jag lämnar samtycke till att mina personuppgifter behandlas hos vårdgivaren

Att jag önskar vaccination

---

Namnteckning

---

Namnförtydligande

Personnummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_