



Frågeformulär inför vaccination av  
privatperson

Datum \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Mobilnr \_\_\_\_\_

Ev målsman \_\_\_\_\_

Vaccination mot

TBE                       Hepatit A                       Hepatit B                       Hepatit A+B

Influensa     Annat \_\_\_\_\_

Ja                      Nej

Känner du dig frisk?                                           

Behandlas du för någon sjukdom?  
Om ja, vilken sjukdom \_\_\_\_\_                                           

Tidigare vaccinationsreaktioner?                                           

Är du allergisk mot något läkemedel eller kemiskt medel?  
Om ja, mot vad \_\_\_\_\_                                           

Är du allergisk mot ägg eller kyckling?                                           

Är du allergisk mot annat?  
Om ja, mot vad \_\_\_\_\_                                           

Är du gravid?                                           

Tar du mediciner?  
Om ja, vilka \_\_\_\_\_                                           

Blodsmitta?  
Om ja, vilken typ \_\_\_\_\_                                           

Tidigare genomfördavaccinationer \_\_\_\_\_

Resmål \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Resans längd \_\_\_\_\_ dagar

Hela FHV/Jolarklinikens anteckningar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Batchnr etikett

Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter  
går att läsa av andra vårdgivare JA \_\_\_ NEJ \_\_\_

Vaccinatörens sign \_\_\_\_\_