

HÄLSODEKLARATION - VUXNA

Mässling / påssjuka / röda hund

Denna blankett används i första hand inför vaccination med MPR-vaccin av anställda, personer som ska anställas eller personer som ska göra praktik eller motsvarande i SLL eller vårdverksamhet som har avtal med SLL.

Vaccinationsdatum _____

Personnummer _____

Namn _____

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

-
- | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|
| Har du allergi mot ägg? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Har du haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Har du reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Har du blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet, till exempel waranbehandling? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Har du nedsatt immunförsvar pga sjukdom eller behandling? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Är du gravid? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |

-
- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|
| Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
|---|--------------------------|---------------------------|

Namnunderskrift av den som ska vaccineras