

# VACCINATION MOT BÅDE ~~COVID-19~~ OCH SÄSONGSINFLUENSA 2023 / 2024



Blanketten ska fyllas i av dig som ska vaccineras. Ta med blanketten till vaccinationstillfället.  
Tänk på att du ska vara frisk, utan feber eller infektion när du kommer

Namn:

Personnummer:

Telefonnummer:

Har du tidigare vaccinerats mot covid 19? Om ja, hur många doser har du fått? _____ Vilket datum fick du den senaste sprutan? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du vaccinerats de senaste sju dagarna?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter en vaccination så att du har behövt sjukhusvård?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är du allergisk mot ägg eller har du allergi som någon gång har gett dig så kraftiga reaktioner att du har behövt sjukhusvård?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behandlas du med blodförtunnande läkemedel? <b>Om ja, ange vilket/vilka!</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är du gravid? <b>Om ja, ange vilken vecka?</b> _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

## INFORMATION

Din vaccination kommer att registreras i vaccinationsregistret NVR. Du har rätt att säga nej till registreringen av uppgifterna. Meddela i så fall personalen som utför vaccinationen. Du har möjlighet att få utdrag ur registret om dig själv och även bli borttagen ur registret.

## FYLLS I AV VACCINATIONSMOTTAGNINGEN

Covid 19 vaccinnamn:	Säsongsinfluensa, vaccinnamn:
Dos nr:	
<b>Administreringssätt:</b> Höger överarm i.m. <input type="checkbox"/> Vänster överarm i.m. <input type="checkbox"/>	<b>Administreringssätt:</b> Höger överarm i.m. <input type="checkbox"/> Höger överarm s.c. <input type="checkbox"/> Vänster överarm i.m. <input type="checkbox"/> Vänster överarm s.c. <input type="checkbox"/>
<b>Batch/Lotnummer, etikett:</b>	<b>Batch/Lotnummer, etikett:</b>
Betalar patienten för säsongsinfluensa: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Ev. kommentar	
Datum	Vaccinatör / Signatur / RSID