

Vaccination mot covid-19 och influensa 2024/2025



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? Om ja, ange vilket/vilka!	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? Om ja, ange vilken vecka? _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

INFORMATION

Din covidvaccination kommer att registreras i det nationella vaccinationsregistret (NVR).

FYLLS I AV VACCINATIONSMOTTAGNINGEN	
Covid 19 vaccinnamn: Dos nr:	Säsongsinfluensa, vaccinnamn:
Administreringsätt: Höger överarm i.m. <input type="checkbox"/> Vänster överarm i.m. <input type="checkbox"/> Batch/Lotnummer, etikett:	Administreringsätt: 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"/> Batch/Lotnummer, etikett:
Betalar patienten för säsongsinfluensa: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Betalar patienten för covid-19: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ev. kommentar	
Datum	Ordinatör/ Signatur/ RSID
Datum	Vaccinatör / Signatur / RSID