

Frågeformulär inför MPR-vaccination av vuxna

Fyll i en hälsodeklaration per person.

Gäller personer 18 år eller äldre.

Vaccinationsdatum _____

Personnummer _____

Namn _____

	JA	NEJ
Har du allergi mot ägg?		
Har du haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?		
Har du reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?		
Har du blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet, till exempel waranbehandling?		
Har du nedsatt immunförsvar pga sjukdom eller behandling?		
Är du gravid?		

Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsa av andra vårdgivare? Ja Nej

Namnunderskrift av den som ska vaccineras

Namnförtydligande