

Hälsodeklaration Vaccination

Personnr: _____

Patient: _____

Generellt

[Ja] [Nej]

Fullt frisk

Sjukdomar

[Ja] [Nej]

- Akut infektion/feber
 Blodsjukdom
 Epilepsi
 Mjältoopererad
 Nedsatt immunförsvar
 Psoriasis
 Tumörsjukdom
 Hjärtrytmrubbningar
 Inflammatorisk tarmsjukdom/magsår
 Multipel skleros
 Annat

Allergier

[Ja] [Nej]

- Ägg
 Reaktion efter tidigare vaccination
 Annat

Övriga kommentarer

Mediciner

[Ja] [Nej]

- Blodförtunnande medel
 Cellgiftsbehandling
 Kortisonbehandling (tabl.)
 TNF-alfa blockerare

Övrigt

[Ja] [Nej]

- Gravid
 Ammar

Datum: _____