

Efternamn, Förnamn	Födelsedag	
Personnr	Månad	
Telefonnr	År	

**Hälsoformulär.** Fyll i och skriv under. Ange vad sorts vaccin du önskar.

Mot TBE (Fästingspruta)		Mot Influensa		Annan vaccination:	
Reseskydd. Ange resmål:				Avresedatum och längd på resan:	
Är du överkänslig mot: Ägg, Kvicksilver, Formaldehyd, Aluminium eller något läkemedel? Kommentar:				Ja	Nej
Använder du blodförtunnande läkemedel WARAN eller har du blödarsjuka?					
Har du råkat ut för någon biverkan vid tidigare vaccinationer?					
Är du gravid eller kan du tänkas bli det under resan?					
Tar du Kortisonpiller, cellgifter eller annat som påverkar ditt immunförsvar negativt?					

Underskrift:

Datum:

**Ifylles av Vaccinatören:**

Vaccin	Datum/lot nr	sign	Datum/lot nr	sign	Datum/lot nr	sign
TBE						
Hepatit A						
Hepatit B						
Hepatit A+B						
Kolera/ETEC						
Gula Febern						

Planering/Recept: