

Hälsodeklaration covid-19 vaccination 2021

Gäller personer 18 år och äldre

Patientuppgifter:

Namn

Personnummer

Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor:

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Ja ☐ Nej ☐
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? Ja ☐ Nej ☐
3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin? Ja ☐ Nej ☐
4. Är du gravid? Ja ☐ Nej ☐
5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 14 dagarna? Ja ☐ Nej ☐

Region Skåne behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen:

Covid-19-vaccinamn:			
Vaccination dos 1 ☐	Datum:	Vaccination dos 2 ☐	Datum:
RS ID:	Signatur:	RS ID:	Signatur:
Generell ordination ☐		Generell ordination ☐	
Ordinatörens namn:		Ordinatörens namn:	
Administreringssätt:		Administreringssätt:	
Höger överarm i.m. ☐	Vänster överarm i.m. ☐	Höger överarm i.m. ☐	Vänster överarm i.m. ☐
Batch/Lotnummer:		Batch/Lotnummer:	
Ev. kommentar:		Ev. kommentar:	

Mottagning/enhet: _____