



Vänligen svara på samtliga frågor och ta med formuläret vid vaccinationstillfället.
Är du osäker på någon fråga så kan du prata med personalen på plats.

Förnamn: _____ Efternamn: _____

Personnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Har du vaccinerat dig mot säsongsinfluensa tidigare? Ja Nej

Om ja, fick du då några biverkningar? Vilka? _____

2. Är du överkänslig mot ägg? Ja Nej

(Personer som kan äta pannkakor, sockerkaka, penslad bulle eller liknande,
utan att reagera allergiskt – kan vaccineras.)

3. Medicinerar du med någon av nedan angivna
blodförtunnande medel? Ja Nej

Waran Warfarin Xarelto Eliquis Pradaxa Novastan

Lixiana Marcoumar Innohep Fragmin Klexane

4. Är du gravid? Ja Nej

Om ja, vilken vecka _____

Sjukvårdens anteckningar

Datum: _____ Batchnummer: _____

Administrationssätt: intramuskulärt subcutant

Lokalisation: vänster arm höger arm

Signatur: _____ Namnförtydligande: _____