



Varmt Välkommen!

För att vi ska kunna ge Dig bästa råd inför Din vaccination ber vi Dig fylla i enligt nedan. Var god texta! Dina uppgifter är sekretessbelagda och kommer att endast finnas hos Svea Vaccin.

Var vänlig se vår integritetspolicy på www.sveavaccin.se

Personnummer:

Efternamn: Förnamn:

Jag vill bli påmind vid nästa vaccinationstillfälle via sms Mobilnr:

Vid resmål:

- Vart ska du/familjen resa? Resans längd: Dagar/Veckor/Månader
- Vilket datum reser du? Barnets vikt (under 16 år)?
- Syftet med resan (ex. Studier, semester, övernattning på landsbyggd?)

Ja Nej

1. Har du haft en svår allergisk reaktion och uppsökt sjukvården?
Om ja, vad?
2. Har du feber/någon pågående infektion, haft lunginflammation?
Om ja, vad?
3. Är du överkänslig/allergisk mot något t.ex ägg, getingstick?
Om ja, vad?
4. Har du fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?
5. Använder du regelbundet något läkemedel?
Om ja, vad?
6. Har du någon kronisk sjukdom (t.ex. infektionssjukdom, SLE eller MS)?
Nedsatt immunförsvar, psoriasis, reumatism, epilepsi?
Kortisonbehandling, cellgiftsbehandling, bortopererad mjälte?
Om ja, vad?
7. Använder du blodförtunnande medicin? (t.ex. Waran)
8. Har du haft depressiva besvär eller annan psykisk sjukdom?
9. **Kvinnor:** Är du gravid? eller avser du att bli gravid?
Gravid vecka?
10. Ammar du?

Namnunderskrift/ Målsman- för barn under 18 år

Datum