

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

	JA	NEJ
Är du allergisk mot ägg?		
Är du allergisk mot antibiotika?		
Har du reagerat kraftigt vid tidigare vaccination?		
Har du infektion med feber just nu?		
Har du någon sjukdom, som påverkar ditt immunförsvar? Om ja, vilken:		
Har du någon tumörsjukdom? Om ja, vilken:		
Har du någon sjukdom i hjärna eller nervsystem? Om ja, vilken:		
Är du gravid?		
Ammar du?		

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Ordinerande läkares signatur: _____

Kontakta hälsocentralen för tidsbokning cirka 1 vecka efter inlämnad blankett.