

Vaccinationsformulär inför din resa

Vänligen fyll i uppgifterna innan ditt besök

Personuppgifter

Namn _____ Personnummer _____

Telefonnummer _____

Om din resa

Till vilket land/länder ska du resa till _____

Avresedag _____ Vistelselängd _____

Tid per plats _____ Typ av resa _____

Medicinsk historik

Ja Nej

Är du överkänslig för ägg, höns och fjärder?

Allergi? Astma, hösnuva, eksem eller annat?

Känner du dig fullt frisk?

Äter du blodförtunnande medicin?

Är du överkänslig för antibiotika?

Behandlas du med kortison, cellgifter eller strålbehandling?

Pågående sjukdom i mage/tarm? Leder? Luftvägar? Feber?

Biverkningar av tidigare vaccinationer?

Har du fått eller ska få någon vaccination av barn- eller skolhälsovården inom den närmaste tiden (4 veckor)?

Andra sjukdomar?

Gravid eller ammar du?

Ange vikt _____

Tidigare vaccinationer

Stryk under de vaccinationer du har fått

Polio, Difteri, Hepatit A (Epaxal el Havrix), Gula febern (Stamaril), Stelkramp, Kolera/ETEC (drickvaccin Dukoral), Hepatit A+B. Övriga vaccinationer: _____

Datum _____

Underskrift _____