

Vaccinationsformulär inför resa

Vänligen skriv ut och fyll i detta formulär innan ditt besök på Åsö Vaccination.
Då blir det enklare för oss att hjälpa dig när vi ses.



Namn: _____ Personnummer: _____

Mobiltelefon*: _____

E-postadress*: _____

När ska du resa? _____ Hur länge ska du resa? _____

Till vilka länder ska du resa? _____

* = om du vill ha kostnadsfri påminnelse när det är dags för nästa vaccinationsdos

Frågor om hur du ska tillbringa din semester

	Ja	Nej
Affärsresa/turist, enstaka natt på landsbygd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affärsresa/turist, flera nätter på landsbygd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vistelse under primitiva förhållanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vistelse endast i stadsmiljö?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om din hälsa

	Ja	Nej
Tar du kortisonpiller eller cellgifter för någon sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon långvarig och/eller allvarlig sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använder du blodförtunnande läkemedel, litium eller hjärtmediciner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du syn- eller hörselnedsättning som beror på näthinneskada eller skada på synnerv/hörselnerv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du överkänslig för sulfa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du överkänslig för ägg, kvicksilversalter, formalin, fenol eller sällsynta antibiotika som neomycin och polymyxin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du opererat bort mjälten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du gravid eller ammar du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur mycket väger du?		_____

Datum: _____

Underskrift: _____

Obs! Vänligen ta med dina tidigare vaccinationshandlingar (ex gula boken) om du har dessa tillgängliga.