

Formulär inför TBE-vaccination

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*: _____

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

Frågor om din hälsa

	Ja	Nej
Är du tidigare vaccinerad mot TBE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon kronisk sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vilken? _____		
Är du för närvarande fri från infektion (ex. förkylning eller hudsjukdom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du allergisk mot höns eller ägg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon annan allergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vilken? _____		
Är du gravid eller ammar du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du reagerat ogynnsamt vid någon tidigare vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____ Underskrift: _____

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