

Ordinationsunderlag

Vaccinationsblankett för (namn): _____

Personnummer: _____

Enhet: _____

Influensvaccination

Har du känd allergi mot ägg?

Ja Nej

Har du vaccinerats mot influensa tidigare?

Ja Nej

Har du fått biverkningar av tidigare vaccinering?

Ja Nej

Om ja, vilka biverkningar: _____

Har du reumatiska besvär?

Ja Nej

Vaccin mot influensa –batchnummer _____

Vaccin ordinerat 20__ - __ - __ av

Vaccin givet 20__ - __ - __ av
