

## 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  
\_\_\_\_\_

### Pneumokockvaccination

Har du vaccinerats med pneumokockvaccin tidigare? Ja  Nej

Om ja, vilket år: \_\_\_\_\_

Har du fått biverkningar av tidigare vaccinering? Ja  Nej

Om ja, vilka biverkningar: \_\_\_\_\_

Vaccin mot pneumokocker –batchnummer \_\_\_\_\_

Vaccin ordinerat 20\_\_ - \_\_ - \_\_ av  
\_\_\_\_\_

Vaccin givet 20\_\_ - \_\_ - \_\_ av  
\_\_\_\_\_

Samtycke till vaccination har lämnats:

av patient       av närstående       av annan, ange vem

\_\_\_\_\_