

## 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

---