

Hälsodeklaration

Datum:

Hälsodeklaration Kommunal Vård+O vacc influensa/covid-19

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer:

Postnummer:

Stad:

Mobilnummer:

Epostadress:

Ja Nej

Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?

Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?

Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?

Är du allergisk mot ägg?