

Health declaration Covid and the flu vaccination

PERSONAL DATA/ PERSONUPPGIFTER

First name _____ Last name _____ National registration number 10 digits (XXXXXX-XXXX) _____

Is filled in by you who are to be vaccinated

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Do you have a fever and/or any acute infection?
<i>Har du feber och/eller någon akut infektion nu?</i> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you suffered from an illness after your vaccination and been in need of hospital care?
<i>Har du drabbats av sjukdomstillstånd efter vaccination och behövt sjukhusvård?</i> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 3. Have you ever suffered from an allergic reaction after vaccination and been in need of hospital care?
<i>Har du någon gång drabbats av en allergisk reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård?</i> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you have an increased tendency to bleed due to illness or medication?
<i>Har du ökad blödningsbenägenhet p g a sjukdom eller medicin?</i> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 5. Are you pregnant?
<i>Är du gravid?</i> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 6. Have you been vaccinated at any time the last 7 days?
<i>Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?</i> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 7. Are you under the age of 65 and belong to a risk group, e.g., diabetes, heart or lung disease, impaired immune system, kidney or liver failure?
<i>Är du under 65 år och tillhör någon riskgrupp, t ex diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, nedsatt immunförsvar, njur- eller leversvikt?</i> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 8. Are you allergic to eggs?
<i>Är du allergisk mot ägg?</i> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 9. Are you a household contact to a person with a severely weakened immune system?
<i>Är du hushållskontakt till person med kraftigt nedsatt immunförsvar?</i> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 10. Are you a staff member within the health and medical care?
<i>Är du personal inom Hälso- och sjukvård?</i> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Utförande mottagning/enhet:	Vaccinationsdatum:
Ordinerat vaccin och dos	Endast covid: <input type="checkbox"/> Dos 1 <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Dos 3
<input type="checkbox"/> Comirnaty XBB 1.5 - 0,3 ml	<input type="checkbox"/> Dos 4 <input type="checkbox"/> Dos 5 <input type="checkbox"/> Dos 6
<input type="checkbox"/> Nuvaxovid 5 mkg - 0,5 ml	<input type="checkbox"/> Dos 7 <input type="checkbox"/> Dos 8 <input type="checkbox"/> Dos 9
<input type="checkbox"/> Vaxigrip Tetra 0,5 ml	Administrering intramuskulärt:
<input type="checkbox"/> Fluad Tetra 15 mkg	Covid: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/>
	Influensa: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/>
Covid; Batch-/lotnummer (<i>klistra etiketten här</i>)	Influensa; Batch-/lotnummer (<i>klistra etiketten här</i>)

Ordinatörens namn (texta tydligt) _____

Signature _____

Vaccinatörens namn (texta tydligt) _____

Signature _____