**Välkommen till vaccinationsmottagningen på Capio Citykliniken Landskrona**

För att vi skall kunna råda dig på bästa sätt inför din vaccination ber vi dig fylla i enligt nedan. Dina uppgifter är sekretessbelagda och kommer endast att finnas hos Capio Citykliniken Landskrona.

Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Önskar SMS påminnelse [ ]

 **Resmål**

**.** Vart skall du/ni resa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Resans längd: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**.** Avresedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Barnets vikt (under 16 år): \_\_\_\_\_\_\_\_\_kg

**.** Vad är syftet med resan? studier [ ]  semester [ ]  backpacking [ ]  annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Hälsodeklaration**  Ja Nej

1. Har du haft en svår allergi och uppsökt sjukvården? [ ]  [ ]

Om ja, vad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Har du feber/någon pågående infektion, haft lunginflammation? [ ]  [ ]

Om ja, vad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Är du överkänslig/allergisk mot något t.ex ägg, getingstick? [ ]  [ ]

Om ja, vad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Har du fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna? [ ]  [ ]

Om ja, vad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Använder du något läkemedel regelbundet? [ ]  [ ]

(kortisonbehandling, cellgiftsbehandling)

Om ja, vilket/vilka? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Har du någon kronisk sjukdom? (SLE, MS, nedsatt immunförsvar, psoriasis reumatism, epilepsi, bortopererad mjälte) [ ]  [ ]

Om ja vad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Använder du blodförtunnande medicin (t.ex waran)? [ ]  [ ]

Om ja, vilken? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Kvinnor**: Är du gravid eller avser du att bli gravid? [ ]  [ ]

Gravid vecka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ammar du? [ ]  [ ]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnunderskrift/målsman för barn under 18 år Datum