**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