

Årets influensvaccinering

Namn _____

Personnummer _____

Ringa in ditt alternativ

Har du tidigare reagerat med allergi mot vaccin Ja Nej

Har du allergi mot höns/ägg Ja Nej

Har du en pågående infektion i kroppen Ja Nej

Behandlas du med blodförtunnande läkemedel Ja Nej

Behandlas du med läkemedel som påverkar ditt
immunförsvar Ja Nej

Är du gravid? Vecka_____ Ja Nej

Vänster arm ☐ Höger arm ☐

Batchnummer:

Vaccinatör _____