

Hälsodeklaration, studenter, praoelever och praktikanter - Formulär - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Förnamn:	Efternamn:	Personnummer:
Adress:	Postadress:	Telefon:
Aktuell VFU, APL, LIA eller praoplacering:	Utbildningsanordnare/Skola	Ort:

Frågor som ska besvaras

Årtal/Kommentar

Har du haft mässling?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Är du vaccinerad mot mässling med 1 dos?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Är du vaccinerad mot mässling med 2 doser?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Har du sår, eksem eller annan kronisk hudsjukdom?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Har du vårdats på sjukhus eller arbetat inom sjukvård, utanför Norden de senaste 6 månaderna?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Är du bärare av MRSA?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Är någon i din nära omgivning bärare av MRSA?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Har du långvarig hosta eller oklar feber?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

.....
Datum
underskrift

.....
Studerande/praoelev/praktikants

.....
Målsmans underskrift (om yngre än 18 år)

.....
Namnförtydligande (målsman)