

Hälsodeklaration i Region Gävleborg

Personuppgifter

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Ortsadress	Telefonnummer (bostad) även riktnummer
Sökt anställning	Anställning som	Avdelning/arbetsställe

	Ja	Nej	Vet ej	Årtal/kommentar
Har du haft				
- mässling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- påssjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- röda hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- vattkoppor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Är du vaccinerad med 2 doser mot				
- mässling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- påssjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- röda hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Är du vaccinerad mot vattkoppor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du eller någon i din nära omgivning haft TBC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Är du BCG (TBC) vaccinerad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Är du vaccinerad mot Hepatit B, med 3 doser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du fått fem doser med stelkramp och difterivaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du fått fyra doser poliovaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Är du eller någon i din nära omgivning bärare av MRSA*?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du				
- långvarig hosta eller oklar feber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- eksem, psoriasis eller annan hud sjuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- under de senaste 6 månaderna: arbetat inom sjukvård utanför Sverige <i>eller</i> vårdats som patient på utländskt sjukhus <i>eller</i> vårdats som patient på svenskt sjukhus med känd spridning av MRSA*?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- någon långvarig eller allvarlig sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Känner du dig frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum:

Underskrift:

*MRSA-odling från näsa, svalg, perineum och ev. hudskada ska utföras om svaret är ja på någon av dessa frågor.