Region Gävleborg

Hälsodeklaration - covid- och influensavaccination

PERSONUPPGIFTER

_____

Förnamn Efternamn Personnummer 10 siffror (XXXXXX-XXXX)

Fylls i av dig som ska vaccineras

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja❑ Nej ❑
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt sjukhusvård för? Ja❑ Nej ❑
3. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård? Ja❑ Nej ❑
4. Har du ökad blödningsbenägenhet p g a sjukdom eller behandling? Ja❑ Nej ❑
5. Är du gravid? *Vid graviditet efter v 12+0 kan vaccin mot covid-19 och influensa administreras* Ja❑ Nej ❑
6. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste sju dagarna? Ja❑ Nej ❑
7. Är du allergisk mot ägg? Ja❑ Nej ❑
8. Bor du i samma hushåll som person med kraftigt nedsatt immunförsvar? Ja❑ Nej ❑
9. Är du under 65 år och tillhör någon riskgrupp, t ex diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, nedsatt immunförsvar, njur- eller leversvikt? Ja❑ Nej ❑
10. Är du personal inom Hälso- och sjukvård i Region Gävleborg? Ja❑ Nej ❑

Vaccinationsdatum:	Utförande mottagning/enhet:
Ordinerat vaccin ❑ Comirnaty ❑ Fluarix ❑ Fluad ❑ Bimervax	Om man ej vet vilket dosnummer, använd dos 4 Gäller covid: ❑ Dos 1 ❑ Dos 2 ❑ Dos 3 ❑ Dos 4 ❑ Dos 5 ❑ Dos 6 ❑ Dos 7 ❑ Dos 8 ❑ Dos 9 ❑ Dos 10 ❑ Dos 11 ❑ Dos 12 ❑ Dos 13 ❑ Dos 14 Administrering intramuskulärt: Covid: Vänster arm ❑ Höger arm ❑ Influensa: Vänster arm ❑ Höger arm ❑
Covid-19; Batch-/lotnummer (*klistra etiketten här*)	Influensa; Batch-/lotnummer (*klistra etiketten här*)

_____ _____

Ordinatörens namn (texta tydligt) Signatur

_____ _____

Vaccinatörens namn (texta tydligt) Signatur

2026-10

Dokument-ID: 09-786604