



## HÄLSODEKLARATION – VUXNA

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos,  
gäller personer 18 år och äldre

Vaccinationsdatum: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Fylls i av dig som ska vaccineras:

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?
3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?
4. Är du gravid?
5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 14 dagarna?

Telefonnummer och namn  
till person som kan ta  
emot datum och tid för  
vaccination:

Vårdcentral som personen  
är listad på:

Ja  Nej

Ja  Nej

Ja  Nej

Ja  Nej

Ja  Nej

## Instruktion till dig som vaccinerar gällande fråga 1-5

- Om personen svarat JA på fråga 1 och/eller 2: rådgör med en läkare.
- Om personen svarat JA på fråga 3: OBS att injektionen måste ges intramuskulärt. Följ lokala instruktioner för intramuskulär injektion av personer med ökad risk för blödning. Alternativt läs mer i dokumentet Intramuskulär vaccinering under behandling med Waran/warfarin eller NOAK på [www.folkhalsomyndigheten.se/info-vaccin-covid-19](http://www.folkhalsomyndigheten.se/info-vaccin-covid-19).
- Om personen svarat JA på fråga 4: Denna person ska inte vaccineras.
- Om personen svarat JA på fråga 5: Om personen är nyligen vaccinerad ska minst 14 dagar ha passerat sedan dess för att vaccination mot covid-19 ska kunna vara aktuell.

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen:

Covid-19-vaccin namn: \_\_\_\_\_

Dos1

Dos 2

Batch-/lotnummer: \_\_\_\_\_

Vaccinet har getts i: \_\_\_\_\_

Höger arm

Vänster arm

Ev. annan lokalisation för administrering: \_\_\_\_\_

Ev. kommentar: \_\_\_\_\_

Vaccinatörens namn: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_

Vårdgivare: \_\_\_\_\_

Mottagning/enhet: \_\_\_\_\_



Folkhälsomyndigheten