



## VAKSINESKJEMA- HØYANGER HELSESTASJON

<b>Namn:</b>	<b>Fødselsnummer ( 11siffer)</b>	
<b>Adresse:</b>	<b>Telefon nr:</b>	
<b>Bakgrunn for vaksinasjon:</b>  <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Backpack/Ryggsekkferie <input type="checkbox"/> Skule-/studieopphald <input type="checkbox"/> Langvarig arbeidsopphald <input type="checkbox"/> Forretningsreise <input type="checkbox"/> Besøke heimlandet		
<b>Reisemål detaljert:</b> Land: .....		
By/område: .....		
Tidsrom for reisa: .....		
Bustad på reisa: <input type="checkbox"/> Hotell med god standard <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Anna .....		
Evt. kommentar: .....		
<b>FOR BEHANDLAR</b>		
Dato:	Vaksine:	Dose/rp:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> Malaria _____	<input type="checkbox"/> E-res. sendt



**Høyanger kommune**  
eld kraft vatn

	Ja	Nei
Har du følgt barnevaksinasjonsprogrammet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du nyleg fått andre vaksiner? Visst ja, kva og når? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker du medisinar no, i tilfelle kva? (Inkludert p-piller, kortison, allergisprøyte)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du ein kronisk sjukdom, i tilfelle kva? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du allergi? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For kvinner: Er du gravid, planlegg du å bli gravid eller ammar du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Signatur

NB! Ver merksam på at du blir fakturert kr. 300 ,- dersom du ikkje møter til avtalt time.

<b>Vaksinasjonsbehandling godkjent av lege:</b>	
_____	_____
dato	signatur