VAKSINESKJEMA- HØYANGER HELSESTASJON

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn:** | **Fødselsnummer ( 11siffer)** |
| **Adresse:** | **Telefonnr.:** |
| **Bakgrunn for vaksinasjon:**   Ferie ☐ Backpack/Ryggsekkferie ☐ Skule-/studieopphald   Langvarig arbeidsopphald  Forretningsreise  Besøke heimlandet  Påfyllingsvaksine  **Reisemål detaljert:**  Land: …………………………………………………………………………………………………………….    By/område: ……...................................................................................................................................................    Evt. mellomlanding?.............................................................................................................................................  Tidsrom for reisa: ……………………………………………………………………………………………….    Bustad på reisa:   Hotell med god standard ☐ Privat ☐ Anna ...........................................................    Evt. kommentar: …………………………………………………………………………………………….... | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FOR BEHANDLAR**  Dato: | Vaksine: | Dose/rp: |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Malaria **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ☐E-res. sendt |  |

Ja Nei

Har du følgt barnevaksinasjonsprogrammet?

Har du nyleg fått andre vaksiner? Visst ja, kva og når? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bruker du medisinar no, i tilfelle kva? (Inkludert p-piller, kortison og allergisprøyte)?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du ein kronisk sjukdom, i tilfelle kva? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du allergi? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

For kvinner: Er du gravid, planlegg du å bli gravid eller ammar du?

Er du fødd/ oppvekst i Norge?

Har du fjernet milten?

Skal du vere over 400 m.o.h. eller drive med risikosport?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Dato Signatur

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Vaksinasjonsbehandling godkjent av lege:**    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| dato | signatur |
|  |  |