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  |
|  |  |