ARENDAL KOMMUNE

SPØRRESKJEMA - VAKSINE

PERSONOPPLYSNINGER						
Etternavn		Fornavn		Fødselsnr		
Adresse						
Postnummer		Poststed				
Nasjonalitet		Telefon				

VAKSINE			
Avreisedato:		Reisens varighet:	
Reisemål/land:			
	Ja	**Nei**	**Beskrivelse**
Er du frisk i dag?			
Har du en kronisk sykdom?			
Kvinne, er du gravid/ammer du?			
Kvinne, planlegger du graviditet?			
Har du allergi?			
Bruker du medisiner?			
Er det medisiner du ikke tåler?			
Har du immunsvikt?			
Har du fått andre vaksiner siste 7 dager?			

Dato og signatur: _____

Vaksiner blir lagt inn i dataprogram WinMedHelse.

Fylles ut av helsesøster :

Vaksine	Dato	Batch	Dato	Batch	Dato	Batch
DTP						
Polio						
Hep A						
Hep B						
Hep A/B						
Kolera/Etec						
Gulfeber						
Tyfoid/ inj/kap						
Jap. enc.						
Men. A/C/WY						
Rabies						
Influensa						
Pneumovax						
Andre						

Malaria:_____Dato/signatur:_____

Ta med ferdig utfylt skjema til Vaksinasjonskontoret:
Arendal kommune, Arendal helsestasjon, Vesterveien 4, 4836 Arendal. Tlf 37006870.