



## VAKSINESKJEMA

Namn:	F. dato:	Person nr.:
Adresse:	Telefon/mobil:	Fastlege:

**Bakgrunn for vaksinasjon:**

Ferie       Arbeidsopphald       Skule-/studieopphald       Anna

**Tidlegare vaksiner:**

Har fulgt barnevaksinasjonsprogrammet / skulevaksine       Ja       Nei

Evt. kommentar:

**Reisemål detaljert:**

Land:                      By/Område:                      Evt. mellomlanding:

Bustand på reisa:       Hotell med god standard       Privat       Anna? \_\_\_\_\_

Avreisedato:                      Varighet på utlandsoppholdet:

Evt.kommentar:

## For behandlar:

**Ny vaksinasjon:**

Dato:	Vaksine:	Dose/rp:	Vaksinatør:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  Malaria                      \_\_\_\_\_  E-res.. sendt

**Utarbeiding av vaksinasjonsprogram:**

Søkt Sysvak dato: \_\_\_\_\_

Timeavtale for vaksinasjon: \_\_\_\_\_

Kommentar: \_\_\_\_\_



## HELSEOPPLYSNINGSSKJEMA I SAMBAND MED VAKSINASJON

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

f. dato: \_\_\_\_\_

- Har du ein kronisk sjukdom?  ja  nei

I tilfelle ja, kva kronisk sjukdom? \_\_\_\_\_

- Har du allergi?  ja  nei

I tilfelle ja, kva type allergi? \_\_\_\_\_

- Brukar du medisinar?  ja  nei

I tilfelle ja, kva type medisinar? \_\_\_\_\_

- Har du nylig fått andre vaksiner?  ja  nei

I tilfelle ja, kva vaksine? \_\_\_\_\_

- For kvinner: Er du gravid?  ja  nei

- Alle vaksiner blir registrert i det nasjonale vaksinerregisteret (SYSVAK)

**NB!** Vær merksam på at du blir fakturert kr. 350,- dersom du ikkje møter på avtalt time

\_\_\_\_\_  
underskrift

\_\_\_\_\_  
dato

**Vaksinasjonsbehandling godkjent av lege:**

\_\_\_\_\_  
dato

\_\_\_\_\_  
Sign.