

# SKJEMA FOR VAKSINERING

Navn:.....

Adresse:.....

Postnummer/Sted: .....

Telefon:.....

Øvre del: Helsekontor  
Avrivingsdel: Regnskap  
Kopi: Bruker

Fødselsnummer: \_ \_ \_ \_ \_

## Hvilken vaksine ønsker du?

Influensavaksine

Pneumokokkvaksine (mot lungebetennelse)

## Har du allergi overfor (sett kryss):

Egg/ hønseprotein

Ja       Nei

Formaldehyd (konserveringsmiddel i vaksinen)

Ja       Nei

## Har du hatt:

Alvorlig reaksjon på tidligere vaksine

Ja       Nei

▫ Feber/ akutt infeksjon

▫  Ja       Nei

### For vaksinatøren:

Batchnr. influensavaksine:.....

Batchnr. pneumokokkvaksine:.....

Dato:..... Signatur: .....

— For avrivning —

## FOR REGNSKAP (fylles ut av helsepersonell)

Navn:.....

Dato:.....

Betalt kr. ....

Signatur:.....