



## Helseopplysnings skjema i samband med vaksinasjon

Navn:		Født:	
Adresse:		Tlf.:	
Postnr.:	Poststad:		
Har du ein kronisk sjukdom? I tilfelle ja, kva kronisk sjukdom? .....		Ja	Nei
Føler du deg frisk no? I tilfelle nei, kva sjukdom? .....		Ja	Nei
Brukar du medisinar? I tilfelle ja, kva type? .....		Ja	Nei
Er du gravid? I tilfelle ja, kor langt er du komt i svangerskapet? .....		Ja	Nei
Har du allergiar? I tilfelle ja, kva type allergiar? .....		Ja	Nei

---

Stad

Dato

Underskrift