VACCDOC
Vaccinationer & Läkarintyg

Medicinskt formulär

Namn

Personummer

E-post adress *

Telefonnummer *

* För kostnadsfri påminnelse av återbesök

Allergi mot ägg? ☐ Ja ☐ Nej

Annan känd allergi? ☐ Ja ☐ Nej

I så fall vilken?

Långvarig och/eller allvarlig sjukdom? ☐ Ja ☐ Nej

I så fall, vilken/vilka?

Använder du Waran, Litium, Kortison? ☐ Ja ☐ Nej

Tidigare vaccinationer? ☐ Ja ☐ Nej

Om Ja, mot vad/vilka?

Tidigare eventuell ogynnsam reaktion?

Har du opererat bort mjälten? ☐ Ja ☐ Nej

Är du gravid? ☐ Ja ☐ Nej

Vid ev. behov av malaria medicin-Hur mycket väger du ? kg

Besöksland/-länder

Vistelse i primitiv miljö?

Vistelse i stadsmiljö?

Avresedag

Vistelsetid