

## Registreringsskjema ved vaksinasjon

### Person- og helseopplysninger (fylles ut av den som skal vaksineres)

Fødselsnummer (11 siffer).....

Etternavn..... Fornavn.....

Email ..... Mobil .....

Firma ..... Ansatt

Innleid

Har du tatt influensavaksine tidligere? Ja  Nei

Har du hatt reaksjoner på vaksiner tidligere? Ja  Nei

*Hvis ja, beskriv hvilke.....*

Er du allergisk mot egg ? Ja  Nei

Har du febersykdom eller akutt infeksjonssykdom i dag? Ja  Nei

Har du kroniske sykdommer? Ja  Nei

*Hvis ja, beskriv hvilke.....*

Har du tatt covid19 vaksine siste 2 uker? Ja  Nei

FOR KVINNER: Er du gravid? (gravid i uke ..... ) Ja  Nei

Dato:.....Underskrift:.....

Dersom den som kommer for vaksinerings svarer ja på ett eller flere av spørsmålene om allergi, tidligere vaksinereaksjoner eller akutt sykdom, bør lege vurdere om vaksine kan gis.

### Fylles ut av vaksinatør:

Dato
Type /Merke
Batchnummer
Injeksjonssted
Signatur/stempel vaksinatør

# Self-declaration before influenza vaccination

## Personal / health information (to be filled in by the person to be vaccinated)

Social Security no: .....

Surname..... First name.....

E-mail ..... Mobile .....

Company..... Employee   
Consultant

Have you had the influenza vaccine before? Yes  No

Have you ever had negative reactions to vaccines? Yes  No

*If yes, describe the reactions*.....

Do you have egg allergy? Yes  No

Do you have any fever og other acute infection today? Yes  No

Do you have any chronic diseases? Yes  No

*If yes, diagnosis?*.....

Have you taken a covid-19 vaccine in the last 2 weeks? Yes  No

**For women only:** Are you pregnant? (week no ..... ) Yes  No

Date: ..... Signature .....

If the employee answer yes to one or more questions about allergy, reaction to earlier vaccination or other illness, a physician should decide if the vaccine can be given.

## For the nurse:

Date
Vaccine
Batch Number
Location for vaccine
Signature Nurse