

به روونی بنووسه! توند دهست به پینووسه کهدا

پیش نهوهی خۆت یان منداله کهت به فاکسین بکوتریت ئەم فۆرمه پر بکهروهه

ژماره‌ی کهسیی	ژماره‌ی دوایی	چوار ژماره‌ی دوایی	روز	مانت	سال	سه‌ده	ژن	پیاو
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Ordination av vaccination ( kryssa i rutorna nedan vad som ordineras ) Ja  Nej

Datum Namn läkare sjuksköterska

Uppgifter att fyllas i av vaccinatören

	Vaccinationsdat.	Injektionsställe			
<input type="checkbox"/> Pandemrix dos nr 1, im, batchnr .....	.....	Hö <input type="checkbox"/>	Arm <input type="checkbox"/>	Ben <input type="checkbox"/>	Skinka <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pandemrix dos nr 2, im, batchnr .....	.....	Vä <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vaccination mot säsongsinfluensan, im/sc, batchnr .....	.....	Hö <input type="checkbox"/>	Arm <input type="checkbox"/>	Ben <input type="checkbox"/>	Skinka <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vaccination mot pneumokocker, im/sc, batchnr .....	.....	Vä <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Namn på vaccinatör  
Vårdcentral/klinik/distriktssköterskemottagning eller motsvarande .....

Tillstånd till vaccination av	<input type="checkbox"/> barn	<input type="checkbox"/> brukare	کهسیک که یارمه تیدهری ههیه	مندال	ریکه پیندان بۆ لیدانی فاکسین له
Har du tagit del av ovanstående information och ger tillstånd till att vaccination sker mot:					
<input type="checkbox"/> Nya influensan A (H1N1)	<input type="checkbox"/> Säsongsinfluensan	<input type="checkbox"/> Pneumokocker	ئایا تۆ لهو زانیاریانهی سهروهه ناگادار کرایت و ریگه دهدهیت که ئەم فاکسینانه لیبدریت دژی :		
ئەنفلوئزا نوێکه A (H1N1)			فاکسینی دژی ئەنفلوئزای وهرزی		
فاکسینی دژی (پنیوهموکوکه)			فاکسینی دژی ئەنفلوئزای وهرزی		
Datum	Vårdnadshavares namn / Förmyndarens namn		Telefonnummer hem eller mobil		
به‌روار	ناوی کهسی به‌خێوکه‌ر/سه‌رپه‌رشتیار		ژماره‌ی مان و موبایل		

OBS! Det ifyllda formuläret lämnas till vaccinatören för att senare insändas månadsvis till Smittskyddsenheten. Landstinget i Uppsala län. 751 85 Uppsala.