

Kendiniz/çocuğunuz için aşı olmadan önce doldurulacak olan formüler

Ad soyadKimlik numarası

Yüz yıl	Yıl	Ay	Gün	Son 4 rakam	Erkek	Kadın
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sizin/çocuğunuzun kronik akciğer hastalığı, kronik kalp damar hastalığı, kronik karaciğer ve böbrek sorunu, enfeksiyona karşı düşük direnç, son üç yıl içinde astım nedeniyle sürekli ilaç kullanma ihtiyacı, nefes almayı etkileyen başka ağır nitelikli bir hastalık, aşırı kilolu olma gibi bir sorunu/nuz var mı?

Evet	Hayır	Bilmiyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sizin/çocuğunuzun yumurtaya/ piliçten gelen proteine karşı alerjisi var mı?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sizin/çocuğunuzun cıvaya (tiomersal) karşı alerjisi var mı?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sizin/çocuğunuzun konserve yapma maddesi(formaldehit'e) karşı alerjisi var mı?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sizin/çocuğunuzun bir antibiyotik olan gentamisin'e karşı alerjisi var mı?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sizin/çocuğunuzun halen 38 derece ateşle devam eden bir enfeksiyonunuz var mı?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sizin/çocuğunuzun her hangi bir aşıya karşı ağır bir reaksiyonu oldu mu, örneğin nefes alma zorluğu gibi ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hamile misiniz?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum Namn

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkare	sjuksköterska

Uppgifter att fyllas i av vaccinatören

Pandemrix dos nr 1, im, batchnr

Vaccinationsdat.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Injektionsställe

Hö Arm Ben Skinka
Vä

Pandemrix dos nr 2, im, batchnr

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Hö Arm Ben Skinka
Vä

Vaccination mot säsongsinfluensan, im/sc, batchnr

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Hö Arm Ben Skinka
Vä

Vaccination mot pneumokocker, im/sc, batchnr

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Hö Arm Ben Skinka
Vä

Namn på vaccinatör

Vårdcentral/klinik/distriktssköterskemottagning eller motsvarande

Aşı yapılması izni çocuk yetişkin için verilmiştir

Yukarıdaki bilgileri okudum. Aşağıda belirtilen aşının yapılmasına izin veriyorum:

Yeni Grip A (H1N1) Mevsim Gribi Pnömonokok

Tarih Velayet sahibinin adı soyadı / Vasi'nin adı soyadı Telefon numarası, evin ya da mobilin