

Spørgeskema ved rejsevaccination

Navn _____

Adresse _____

Postnr/by _____

CPR _____

Telefon _____

Rejsemål i
rækkefølge _____

Type af rejse Badeferie Treckingferie Forretningsrejse Udstationering Andet

Planer om fremtidige rejser _____

Ovenstående eller nuværende alvorlige sygdomme: (fjernet milt) Nej Ja

Tidligere eller nuværende psykiatrisk sygdom Nej Ja

Tidligere eller nuværende epilepsi Nej Ja

Har du ægge allergi Nej Ja Eller anden allergi Nej Ja, hvilke(n)

Får du medicin Nej Ja, hvilke(n) _____

Blodtryk/hjerte/blodfortyndende Nej Ja _____

Mavesyre hæmmer Nej Ja

Immundæmpende nu eller indenfor 6 mdr Nej Ja

Har du haft bivirkninger ved tidl. Vaccinationer Nej Ja, hvilke(n)_____

Har du haft bivirkninger ved tidl. Malariaforebyggende Nej Ja, hvilke(n)_____

Er du gravid eller planlægger graviditet Nej Ja

Er du fuldt børnevaccineret Nej Ja

Andet_____

Dato:_____Underskrift:_____