

Efternamn:.....

Tilltalsnamn:.....

Personnummer:.....-.....

Tfn.bostad:.....

Tfn.mobil:.....

Dagens datum:.....

Vikt:.....

Till vilka länder skall Du resa?

Vistelsetid?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hur ska Du tillbringa tiden på resmålet?

.....

.....

Tar Du kortisonpiller/cellgifter för ngn sjukdom?.....

Har Du eller har Du haft ngn långvarig och/eller allvarlig sjukdom ex svårinställd Diabetes, Svår njur- eller hjärtsjukdom, epilepsi, psoriasis, inflammatorisk tarmsjukdom, lever-sjukdom, depression eller annan psykisk sjukdom, långdragen ledsvullnad, sjukdom som nedsätter immunförsvaret, blödarsjuka eller annan sjukdom?

.....

Använder Du blodförtunnande läkemedel, litium eller hjärtmedicin?

.....

Har Du syn- eller hörselnedsättning som beror på näthinneskada eller skada på syn/hörsel-
nerv?.....

Har Du råkat ut för biverkningar av tidigare vaccinationer eller Malarisprofylax, eller
reagerat ogynnsamt
(svimmat, blivit yr, andnöd eller utslag m.m)?.....

Är mjälten bortopererad?.....

VET DU att Du är överkänslig mot NÅGONTING?.....

Är Du gravid eller kan tänkas bli gravid i anslutning till resan?.....

Känner Du Dig fullt frisk?.....

Namn-teckning:.....

(för vaccinatören)

Ordinerat vaccin:

Tidigare doser:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Ssk:.....

Läkare:.....