



Registreringsskjema - Vaksine mot smittsom hjernehinnebetennelse

Etternavn:..... Fornavn:
.....

Fødselsnummer (11 siffer): Mob.:
.....

Skole og klasse:

Har du tidligere tatt vaksine mot smittsom hjernehinnebetennelse? Ja Nei

Har du hatt alvorlig reaksjon på vaksiner tidligere? Ja Nei

Har du hatt annen alvorlig allergisk reaksjon? Ja
Nei

Har du infeksjon med feber over 38°C i dag? Ja Nei

Er du gravid? Ja Nei

Har du kronisk sykdom eller er under utredning for sykdom? Ja Nei

Bruker du faste medisiner? Hvilke? Ja
Nei

Dato:

Underskrift:.....

Fylles ut av vaksinatør

| | |
|----------------------|-------------------|
| Dato: | Batchnummer/lot.: |
| Signatur vaksinatør: | |