

## Spørgeskema til rejsevaccination

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr./By: \_\_\_\_\_

CPR: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Rejsemål i rækkefølge: \_\_\_\_\_

Rejsens/opholdets varighed: \_\_\_\_\_

Type af rejse: \_\_\_\_\_

Badeferie  Trekkingferie  Forretningsferie  Udstationering  Andet \_\_\_\_\_

Planer om fremtidige rejser \_\_\_\_\_

Overståede el. nuværende alvorlige sygdomme: (fjernet milt)  Nej  Ja \_\_\_\_\_

Tidligere el. nuværende psykiatrisk sygdom  Nej  Ja \_\_\_\_\_

Tidligere el. nuværende epilepsi:  Nej  Ja

Psoriasis:  Nej  Ja

Har du æggeallergi  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 el. indenfor 6 mdr  Nej  Ja

Har du haft bivirkninger ved tidligere vaccinationer  Nej  Ja, hvilke(n) \_\_\_\_\_

Har du haft bivirkninger ved tidligere malariaprofylakse  Nej  Ja, hvilke(n) \_\_\_\_\_

Er du gravid el. planlægger graviditet  Nej  Ja

Er du fuldt Børnevaccineret ifølge det danske børnevaccinationsprogram  Nej  Ja

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_