

A. Allmänna uppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Postnr
Mobil	Telefon
Resemål	Avresedatum

B. Frågor

Svara på följande frågor 1-7 genom att kryssa i ett svarsalternativ	Ja	Nej
Är du allergisk mot ägg?		
Är du överkänslig mot konserveringsmedel?		
Är du allergisk mot penicillin eller antibiotika?		
Äter du medicin som påverkar immunförsvaret? (cortison, cellgifter etc)		
Är du gravid?		
Äter du waran? (blodförtunnande läkemedel)		
Har du någon kronisk sjukdom?		

C. Anteckningar (Ifylles av personalen)

▼ Vaccination

Sign ▼

Malariaprofylax

Övrigt