

Skema forud for Rejsevaccination

Navn:

CPR-nummer:

Kendte allergier/medicin du ikke kan tåle (ja/nej - ved ja angiv hvilke allergier)

1.

2.

Lider du af en kronisk sygdom (f.eks. forhøjet blodtryk, lungesygdomme, i blodfortyndende behandling, epilepsi, psoriasis, psykiske sygdomme)? Hvis ja, angiv nedenfor:

1.

2.

3.

4.

Indtager du fast medicin? (hvis ja, angiv navn og dosering nedenfor)

Navn:

Dosering:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Til kvinder:

Er du gravid?

Planlægger du graviditet?

Oversigt over forestående rejse (udfyld skema på side 2)

Rejsemål: Ved flere rejsemål bedes dette angivet i den rækkefølge de afvikles, lande, regioner(kyst, nord, syd, etc.)

Rejsevarighed: Angives med afrejsedato og hvert rejsemåls varighed i dage, uger el. måneder.

Skema forud for Rejsevaccination

Rejsemåde: Angives som f.eks (charterrejse , byferie, rygsæk, badeferie, ophold under primitive forhold, regnskovsophold, trekking ture, bo under samme tag og dele toiletfaciliteter med lokalbefolkning)

Rejseformål: (Arbejde, ferie, udstationering, ekstrem sport, operationer incl. Tatoveringer og piercinger, seksuel kontakt)

| Rejsemål | Varighed | Rejsemåde | Rejseformål |
|----------|----------|-----------|-------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |

Er du børnevaccineret?

Tidligere rejse-vaccinationer? (medbring "gult vaccinationkort" hvis haves)

| Vaccinations navn | Første vaccinationsdato? | Antal vaccinationer? |
|-------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

Har du tidligere fået forebyggende medicin mod Malaria? (hvis ja, angiv navn nedenfor)

| Navn | Bivirkninger til medicinen? |
|------|-----------------------------|
| | |
| | |