Region Jönköpings län

HÄLSODEKLARATION OCH REGISTRERING AV VACCINATION MOT COVID-19, INFLUENSA, PNEUMOKOCKER

Personuppgifter

Namn	Personnummer

Hälsodeklaration

Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?	☐ Ja	☐ Nej
Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?	☐ Ja	☐ Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?	☐ Ja	☐ Nej
Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?	☐ Ja	☐ Nej
Är du allergisk mot ägg?	☐ Ja	☐ Nej
Tillhör du någon riskgrupp för influensa (diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, nedsatt immunförsvar, lever- eller njursvikt, astma, extrem fetma, flerfunktionshinder hos barn)?	☐ Ja	☐ Nej
Tillhör du högriskgruppen för pneumokocksjukdom (nedsatt immunförsvar p.g.a. sjukdom, organtransplantation eller behandling för bristande mjältfunktion, cystisk fibros, kokleaimplantat)?	☐ Ja	☐ Nej
Bor du i samma hushåll som person som har kraftigt nedsatt immunförsvar?	☐ Ja	☐ Nej
Är du personal inom vård och omsorg med patientkontakt?	☐ Ja	☐ Nej
Är du gravid?	☐ Ja	☐ Nej

Information

Information om vaccinationen registreras i journalsystemet Mittvaccin. Det betyder att vårdpersonal kan se att du blivit vaccinerad när du söker vård i framtiden och att ansvariga myndigheter kan följa upp effekterna av vaccinationerna. Du har rätt att säga nej till registreringen av uppgifterna. Meddela i så fall personalen som utför vaccinationen.

Läs mer om patientjournalen och vaccinationer på 1177.se/jonkopings-lan

© Region Jönköpings län RjL5220 Version 7 2026.09

Region Jönköpings län

HÄLSODEKLARATION OCH REGISTRERING AV VACCINATION MOT COVID-19, INFLUENSA, PNEUMOKOCKER

Ordination och registrering av vaccin. Hela denna sida fylls i av vårdpersonal.

Personuppgifter

Namn	Personnummer

Covid-19 - Ordination

Vaccin	
Comirnaty (0,3 ml) ☐ Intramuskulärt	
Signatur, behörig ordinatör	Namnförtydligande

Covid-19 - Administration

Vaccin och volym	Batch/Lot/Satsnummer	Vaccination ges i ☐ Vänster arm ☐ Höger arm
Datum	Signatur	

Influensa - Ordination

Vaccin		
Influvac (0,5 ml)	☐ Intramuskulärt	☐ Subkutant
Fluad (0,5 ml)	☐ Intramuskulärt	
Signatur, behörig ordinatör	Namnförtydligande	

Influensa - Administration

Vaccin och volym	Batch/Lot/Satsnummer	Vaccination ges i ☐ Vänster arm ☐ Höger arm
Datum	Signatur	

Pneumokocker - Ordination

Vaccin		
Prevenar 20 (0,5 ml)	☐ Intramuskulärt	
Pneumovax (0,5 ml)	☐ Intramuskulärt	☐ Subkutant
Signatur, behörig ordinatör	Namnförtydligande	

Pneumokocker - Administration

Vaccin och volym	Batch/Lot/Satsnummer	Vaccination ges i ☐ Vänster arm ☐ Höger arm
Datum	Signatur	

Registrering

Registrering i MittVaccin	
Datum	Signatur

© Region Jönköpings län RjL5220 Version 7 2026.09