

Influensavaksine 2025

Kontrollskjema for ANSATTE

ANSATTE

Fylles ut av den som blir vaksinert

Navn (fornavn, etternavn):

Fødselsnr./personnr.:

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Allergier:

Egg/hønsprotein

Ja Nei Vet ikke

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

 Jeg har ikke reagert på
influensavaksine tidligere Jeg har ikke en akutt infeksjon
med feber over 38°C**Vaksinen blir registrert av
vaksinatør/medhjelper i
Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK****Klinikk: Kryss av for klinikken du tilhører**

Direktørens stab	<input type="checkbox"/>
AKU, Akuttklinikken	<input type="checkbox"/>
BAR, Barne- og ungdomsklinikken	<input type="checkbox"/>
HLK, Hjerter-, lunge- og karklinikken	<input type="checkbox"/>
KSM, Klinikk for kirurgi og spesialisert medisin	<input type="checkbox"/>
KLM, Klinikk for laboratoriemedisin	<input type="checkbox"/>
KRN, Klinikk for radiologi og nuklærmedisin	<input type="checkbox"/>
PHA, Klinikk for helse og avhenighet	<input type="checkbox"/>
KRE, Kreftklinikken	<input type="checkbox"/>
KVI, Kvinneklinikken	<input type="checkbox"/>
MED, Medisinsk klinikk	<input type="checkbox"/>
NVR, Nevroklinikken	<input type="checkbox"/>
OPK, Ortopedisk klinikk	<input type="checkbox"/>
OSS, Oslo sykehusservice	<input type="checkbox"/>
PRE, Prehospital klinikk	<input type="checkbox"/>
TIK, Teknologi- og innovasjonsklinikken	<input type="checkbox"/>
Annen	<input type="checkbox"/>

Fylles ut av den som setter vaksinen:

Vaksinatør:

.....
HPR-nummer.....
NAVN I BLOKKBOKSTAVER

Lot nr. :

.....
Dato:.....
Sign:

Send skjemaet til: Arbeidsmiljøavdelingen, Bedriftshelsetjenesten
Forskningsveien 2B 3.etg. Rom nr. C.3056.