**Ordination vaccination covid-19 i kommuner**

Särskilt boende eller hemsjukvårdsområde: Klicka eller tryck här för att ange text.

För varje person ska en hälsodeklaration fyllas i före varje vaccinationsdos som underlag till ordination. Blå fält fylls i av kommunen, gula av läkare primärvård.

Personer som önskar vaccineras:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personnummer | Namn | Hälso- deklaration **utan** JA-svar | | | Personen kan vaccineras mot covid 19 | | Signatur ordinatör |
| JA | | NEJ | JA | NEJ |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | |
| *Namn ansvarig sjuksköterska* | | | *Namn ordinerande läkare* | | | | |

**Vaccinationen dokumenteras enligt rutin:** [Rutinflöde vaccination covid-19 för särskilda boenden (rvn.se)](https://www.rvn.se/contentassets/bdf2129b15fd456291ba5f6538528aa1/20201230-rutinflode-vaccination-covid-19-for-sarskilda-boenden.pdf)

**Ordination vaccination covid-19 i kommuner**

Särskilt boende eller hemsjukvårdsområde: Klicka eller tryck här för att ange text.

För varje person ska en hälsodeklaration fyllas i före varje vaccinationsdos som underlag till ordination. Blå fält fylls i av kommunen, gula av läkare primärvård.

Personer som önskar vaccineras:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personnummer | Namn | Hälso- deklaration **utan** JA-svar | | | Personen kan vaccineras mot covid 19 | | Signatur ordinatör |
| JA | | NEJ | JA | NEJ |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | |
| *Namn ansvarig sjuksköterska* | | | *Namn ordinerande läkare* | | | | |

**Vaccinationen dokumenteras enligt rutin:** [Rutinflöde vaccination covid-19 för särskilda boenden (rvn.se)](https://www.rvn.se/contentassets/bdf2129b15fd456291ba5f6538528aa1/20201230-rutinflode-vaccination-covid-19-for-sarskilda-boenden.pdf)