

Uppgifter till Falck Företagshälsovård inför smittriskbedömning

Har du inte möjlighet att signera med Bank-ID så fyller du i denna blankett (alla sidor), undertecknar och skickar i ett frankerat kuvert via post till:

Falck Sverige AB
Kyrkogatan 1
302 43 Halmstad

OBS! Fyll i alla frågor och kom ihåg att underteckna längst ned på varje sida. Dina svar är viktiga journalunderlag och sparas i företagshälsovårdens journalsystem.

Kontaktuppgifter

Namn	Personnummer
E-postadress	Mobiltelefon

Hälsodeklaration avseende MRSA (Journalhandling)

Namn: _____ Personnr: _____

1. Har du vårdats eller arbetat inom vård och omsorg utanför Norden senaste 6 månaderna? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐	
2. Arbetar du regelbundet inom vård och omsorg utanför Norden? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐	
3. Har du någon i hushållet med känt MRSA-bärarskap? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐	
4. Har du senaste 6 månaderna vistats utanför Norden med sammanhängande vistelse >2 månader? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐	
Datum:	Namnunderskrift:
	Namnförtydligande:

Hälsodeklaration avseende Tuberkulos (Journalhandling)

Namn: _____ Personnr: _____

1. Har du ett eller flera av följande symptom? Sätt ett kryss i den eller de rutor som du tycker stämmer. ☐ Långvarig hosta (mer än 3 veckor)? ☐ Feberperioder? ☐ Avmagring, mer än 5 kg på 6 månader? ☐ Nattliga svettningar? ☐ Nej, jag har inget av de ovanstående symptom. Ev. kommentar: _____ _____	
2. Har du själv haft tuberkulos? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐	
3. Har någon av dina anhöriga eller annan nära kontakt haft tuberkulos? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐	
4. Är du född i Sverige? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐	
5. Har du någon gång under de senaste 5 åren vistats under längre tid (mer än 3 månader) i ett land utanför Västeuropa, Nordamerika eller Australien? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐	
6. Har du tidigare genomgått en hälsokontroll för tuberkulos i Sverige? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐	
Datum:	Namnunderskrift:
	Namnförtydligande:

Hepatit B vaccination (Journalhandling)

Namn: _____ Personnr: _____

1. Är du vaccinerad med tre doser mot Hepatit B?
Är du osäker på dina vaccinationer hör av dig till den vårdenhet som eventuellt
Kan ha vaccinerat.
Välj ett alternativ.

Ja ☐

Nej ☐

Vet ej ☐

Vid "**Ja**" vänligen ange När: _____

Om du svarat "**Nej**", ange nedan om du är vaccinerad med noll, en eller två doser.

Vid "**Vet ej**" kan du komma att bli uppringd av en sköterska från Falck för dialog.

Kommentar: _____

Datum:	Namnunderskrift:
	Namnförtydligande:

Mässling och vattkoppor (Journalhandling)

Stöd vid ställningstagande om jag haft eller är vaccinerad mot mässling

Nedanstående informationstabell är ett stöd för dig som är född och uppväxt i Sverige. Är du född eller uppväxt i ett annat land kan vaccinationsprogrammet se annorlunda ut.

Födelseår	Haft mässlingen?	Vaccination erbjuden
Före 1960	I stort sett alla har haft mässling	Nej
1960-1969	Nästan alla har haft mässling	Personer födda i slutet av 1960-talet kan ha erbjudits vaccination i förskoleåldern om de inte redan hade haft mässling.
1970-1974	Många har haft mässling	En del har vaccinerats med mässlingsvaccin under andra levnadsåret. De flesta har vaccinerats med en dos MPR-vaccin i skolan. Majoriteten har alltså fått minst en dos vaccin mot mässling.
1975-1980	En avtagande andel har haft mässling	Nästan alla har vaccinerats med mässlingsvaccin under andra levnadsåret. De flesta har även vaccinerats med en dos MPR-vaccin i skolan. Majoriteten har alltså fått två doser vaccin mot mässling.
1981 och senare	De flesta har inte haft mässling	Nästan alla har fått två doser MPR-vaccin.

Namn: _____ Personnr: _____

1. Har du haft mässling? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐	
2. Är du vaccinerad med två doser mot mässling? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐ Kommentar: _____	
3. Har du haft eller är vaccinerad mot vattkoppor? Välj ett alternativ. Ja ☐ Nej ☐ Kommentar: _____	
Datum:	Namnunderskrift:
	Namnförtydligande: