



VAKSINASJONSJOURNAL FOR REISANDE

Namn:.....F.dato:.....

Adr:.....Tlf:.....

Tidlegare Vaksinasjon:	DT	Polio	BCG	Anna		
Dato:						

Reisemål, detaljert.....

.....

Bustad på reisa.....

.....

Lengde på reiseopphaldet..... Avreisedato.....

.....

Signatur

For helsepersonell:

Aktuell vaksinasjon:

Vaksine:

Dose:

.....

.....

.....

.....

.....

Skrive ut resept:

Ja

Nei

Malariaprofylakse:.....

Anna:.....

.....

.....

Vaksinatør

.....

Godkjent lege