



DEARVVAŠVUOĐADUOĐAŠTUS - VAKSINASJON

Deavdde dearvvašvuođaduođastusa juohke olbmui juohke dálkkasmeari nammii.

Boahkuhanbeaivi: _____

Personnummar: _____

Namn: _____

Don deavddát dán go galggat boahkuhuvvot:

- | | JA | NEJ |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Leago dus goasse leamaš garra reakšuvdna maŋjel boahkuheami, ja dárbbasit divššu buohcciviesus? | Juo <input type="checkbox"/> | In <input type="checkbox"/> |
| 2. Leatgo dus allergiijat mat goassege dutnje leat addán duođalaš reakšuvnnaid maidda leat dárbbasan divššu buohcciviesus? | Juo <input type="checkbox"/> | In <input type="checkbox"/> |
| 3. Leago dus eanet teandeansa vargidt dávda dahje dálkkodeami geažil? | Juo <input type="checkbox"/> | In <input type="checkbox"/> |
| 4. Leatgo áhpeheapmi? | Juo <input type="checkbox"/> | In <input type="checkbox"/> |
| 5. Leatgo boahkuhan iežat maŋemus 28 beaivis? | Juo <input type="checkbox"/> | In <input type="checkbox"/> |