

Samtycke till vaccination av barn

Här kan du meddela om ditt barn ska vaccineras. Om vaccinationen omfattar flera doser gäller intyget för samtliga doser.

Barnets namn: _____

Barnets personnummer: _____

Hälsodeklaration

Har ditt barn någon allvarlig allergi? Ja Nej

Har ditt barn fått en allvarlig allergisk reaktion vid en tidigare vaccination? Ja Nej

Har ditt barn någon kronisk sjukdom? Ja Nej

Har ditt barn vaccinerats mot något annat de senaste fyra veckorna? Ja Nej

Om du har svarat JA på någon av ovanstående frågor, berätta mer här:

Jag ger tillstånd till att mitt barn får vaccineras mot: _____

Underskrifter

Datum : _____ Ort: _____

Vårdnadshavare 1

Namnsteckning

Namnförtydligande

Telefon dagtid

Vårdnadshavare 2

Namnsteckning

Namnförtydligande

Telefon dagtid

Båda vårdnadshavarna ska skriva under blanketten om vårdnaden är gemensam.

kry