

## Samtycke till vaccination

På denna blankett kan du meddela om ditt barn ska vaccineras.  
Om vaccinationen omfattar flera doser gäller intyget för hela vaccinationsstatistiken.  
Inför vaccination ber vi dig också besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan.

---

**Barnets namn****Personnummer**

### Hälsodeklaration

Har ditt barn:

Allvarlig allergi?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Fått en allvarlig allergisk reaktion vid tidigare vaccination?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Någon allvarlig kronisk sjukdom?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Fått annan vaccination de senaste fyra veckor?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ

Om du svarat JA på någon av ovanstående frågor, lämna kompletterande information här:

---

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

### Underskrifter

---

*Ort*

---

*Datum*

---

**Vårdnadshavares namnteckning**

---

**Namnförtydligande**

---

**Personnummer**

---

**Telefon dagtid**

---

**Vårdnadshavares namnteckning**

---

**Namnförtydligande**

---

**Personnummer**

---

**Telefon dagtid**

Undertecknas av båda vårdnadshavarna om vårdnaden är gemensam.