

Vaccinationsmedgivande för vaccin mot difteri, stelkramp och kikhosta

Erbjudande om påfyllnadsdos av vaccin mot difteri, stelkramp och kikhosta enligt det allmänna vaccinationsprogrammet för barn.

Ert barn har sannolikt påbörjat denna vaccinering via BVC, vaccinationerna måste regelbundet upprepas för att ett fullgott skydd ska bibehållas. Därför erbjuds nu ert barn en påfyllnadsdos av vaccin mot difteri, stelkramp och kikhosta.

För att vaccinera ert barn på skolan måste ni/du som vårdnadshavare fylla i medgivandet samt besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan.

Lämna tillbaka blanketten ifylld så snart som möjligt undertecknad av båda vårdnadshavarna vid gemensam vårdnad.

Elevens namn	Personnummer	Klass
--------------	--------------	-------

Har eleven:

Svår allergi, långvarig sjukdom eller regelbunden medicinerering Ja Nej

Fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination Ja Nej

Fått ytterligare vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta utöver BVC Ja Nej

Har eleven fått någon annan vaccination senaste månaden? Ja Nej

Om ni svarat på ja, lämna kompletterande information här:

- Jag som vårdnadshavare **tackar ja** till att mitt barn ska ges ovanstående vaccination
- Jag som vårdnadshavare **tackar nej** till att mitt barn ska ges ovanstående vaccination

Underskrift vårdnadshavare	Underskrift vårdnadshavare	Datum
----------------------------	----------------------------	-------

Om ni tackar nej till vaccination och senare ändrar er, vänligen kontakta skolsköterskan.

Hör gärna av er om ni har frågor eller önskar ytterligare information.

Med vänliga hälsningar

Skolsköterska	telefonnummer
---------------	---------------