



## Ansökan om Tillfrisknandebevis vid covid-19 barn och unga

Du kan få ett tillfrisknandebevis om:

- för barn under 16 år gäller att vårdnadshavare ska begära och få tillfrisknandebeviset för barnets räkning.
- du har testats positiv för covid-19 för minst 11 dagar sedan och max 180 dagar sedan (6 månader).
- provet har tagits av sjukvårdspersonal i Region Örebro län. **Egenprovtagning, självttest eller antikroppstest gäller inte.**

Mer information hittar du på [www.covidbevis.se](http://www.covidbevis.se).

Namn	
Personnummer	Telefonnummer (vid eventuella frågor)
Har du vaccinerats mot covid-19? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du är vaccinerad mot covid-19 kan du inte ansöka om Tillfrisknandebevis. Istället ska du ansöka om vaccinationsbevis. Det gör du på <a href="http://covidbevis.se">covidbevis.se</a>	
Har du testats positivt för covid-19 för minst 11 dagar sedan och max 180 dagar sedan? (6 månader) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hur genomfördes testet som visade att du hade covid-19? <input type="checkbox"/> A. Jag testade mig på en Covidmottagning <input type="checkbox"/> B. Jag gjorde ett självttest med hjälp av ett självprovtagnings-kit som jag hämtade och lämnade i en låda. <input type="checkbox"/> C. Jag testades i samband med ett besök på en vårdcentral, sjukhusmottagning eller annan vårdenhet i Region Örebro län. Alternativt i samband med att jag var inlagd på sjukhus.	
På vilken mottagning i Region Örebro län togs ditt covid-19 prov (vårdcentral, mottagning på sjukhus eller liknande)?	
För att Vårdcentralernas digitala mottagning (som administrerar tillfrisknandebevisen) ska kunna hantera din ansökan behöver vi hämta information om din provtagning från din journal och skicka uppgifterna till E-hälsomyndigheten, som utfärdar tillfrisknandebeviset. Vi behöver även kunna gå in i den sammanhållna nationella journalföringen (NPÖ) för att se uppgifter om eventuell vaccination mot covid-19.	
Samtycker du till detta? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Namn vårdnadshavare	Personnummer vårdnadshavare

### Underskrift

Ort och datum ..... Namn .....  
Namnförtydligande .....

### Underskrift vårdnadshavare

Ort och datum ..... Namn .....  
Namnförtydligande .....