

Vårdnadshavares samtycke till vaccination mot TBE

För att behålla skyddet mot TBE (fästingburen hjärninflammation) behövs påfyllnadsdoser enligt rekommenderat vaccinationsschema.

Barnets namn

Barnets personnummer

Frågor inför vaccination

Ja **Nej**

1. Har ert barn fått vaccination mot TBE tidigare?

Om ja, ange vilket vaccin: _____

Antalet doser: _____

När togs dosen/doserna? _____

2. Har ert barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?

Om ja, ange vilket vaccin och när: _____

3. Har ert barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det varit nödvändigt att söka sjukvård?

4. Har ert barn fått någon vaccination de senaste 2–4 veckorna?

Om ja, ange vilket vaccin: _____

5. Har ert barn blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet?

6. Har ert barn någon annan allvarlig kronisk sjukdom?

Om ja, ange vilken: _____

Ja, härmed ger jag mitt tillstånd till att mitt barn får vaccineras mot fästingburen hjärninflammation (TBE).

OBS! Undertecknas av båda vårdnadshavare om vårdnaden är gemensam!

Underskrift vårdnadshavare

Namnförtydligande

Mobilnummer

Datum

Underskrift vårdnadshavare

Namnförtydligande

Mobilnummer

Datum



REGION
SÖRMLAND