



VACCINATIONSTILLSTÅND

för vaccin mot HPV (humant papillomvirus) som kan leda till livmoderhalscancer.

Vaccinet ges i två doser med drygt 6 månaders mellanrum. Tillståndet gäller för båda doserna.

Namn: _____ Personnummer: _____

Skola: _____ Klass: _____

JA, jag samtycker till att mitt barn vaccineras.

NEJ, jag vill inte att mitt barn vaccineras.

Hälsodeklaration:

Har barnet:

JA NEJ

-Fått något vaccin under de senaste 4 veckorna?

Om ja, ange vilket vaccin och datum för vaccinationen: _____

-Någon kraftig allergi?

Om ja, ange vilken: _____

-Tidigare reagerat kraftigt på ett vaccin?

Om ja, ange hur: _____

-Någon kronisk sjukdom?

Om ja, ange vilken: _____

OBS! Undertecknas av båda vårdnadshavare om vårdnaden ej är gemensam!

Underskrift vårdnadshavare

Namnförtydligande

Mobilnummer

Datum

Underskrift vårdnadshavare

Namnförtydligande

Mobilnummer

Datum

Adress

Skolhälsan
Sollentunahälsan AB
Tingsvägen 19, 4tr
191 61 Sollentuna

Telefon
08-92 85 84

Fax
08-623 12 54

E-post
info@skolhalsan.se