



**VACCINATIONSTILLSTÅND**  
för det kombinerade vaccinet mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio

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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Någon kraftig allergi? Om ja, ange vilken: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Tidigare reagerat kraftigt på ett vaccin? Om ja, ange hur: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Någon kronisk sjukdom? Om ja, ange vilken: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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**