

# Vaccinationsmedgivande påfyllnadsdos

Ifylles och lämnas till skolsköterskan

Medgivande till att mitt/vårt barn ska vaccineras mot stelkramp, difteri och kikhosta

Ja	
Nej	

Undertecknas av båda vårdnadshavare om gemensam vårdnad

Förälder/vårdnadshavare namnteckning	Förälder/vårdnadshavare namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Datum	Datum

Uppgifter om eleven

Namn	Personnummer	Årskurs
------	--------------	---------

(Behöver endast fyllas i om barnet ska vaccineras)

Har eleven tidigare vaccinerats mot stelkramp, difteri och kikhosta?

Ja	Nej	Om ja, när?
----	-----	-------------

Har eleven i samband med sårskada fått någon injektion mot stelkramp eller difteri?

Ja	Nej	Om ja, när?
----	-----	-------------

Har eleven reagerat kraftigt på tidigare vaccination av stelkramp, difteri och kikhosta

Ja	Nej	Om ja, hur?
----	-----	-------------

Har eleven svår allergi, långvarig sjukdom eller regelbunden medicinering?

Ja	Nej	Om ja, vilken?
----	-----	----------------

Mer information kring sjukdomarna och vaccinationer finns att läsa på:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/>

Skolsköterska  
Lina Alm  
Lunds Waldorfskola  
Hardeberga 361

247 91 Södra Sandby