## Samtycke till vaccination mot difteri, stelkramp och kikhosta (dTp)

## Till vårdnadshavare för

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elevens namn | Personnummer | Klass |
|  |  |  |

## Frågor inför vaccination

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Har ditt barn** | **Ja** | **Nej** |
| Någon allergi? |  |  |
| Fått någon allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination? |  |  |
| Någon kronisk sjukdom? |  |  |
| I samband med sårskada fått injektion mot stelkramp?  **Om ja**, vilket år? |  |  |

|  |
| --- |
| Om du svarat ja på någon av ovanstående frågor, lämna kompletterande information här: |
|  |

## Samtycke till vaccination

Jag har tagit del av informationen och ger tillstånd till att mitt barn får vaccination mot difteri, stelkramp och kikhosta.

**Ja  Nej**

Vid gemensam vårdnad krävs samtycke från båda vårdnadshavarna.

Vårdnadshavare

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande | Telefon dagtid |
|  |  |  |  |

Vårdnadshavare

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande | Telefon dagtid |
|  |  |  |  |

## Vårdnadshavare har enskild vårdnad

Samtycket lämnas åter till skolsköterskan