

Samtycke till barnvaccinationsprogrammet

I Sverige erbjuds alla barnvaccinationer enligt program nedan.

VACCINATIONER FÖR BARNHÄLSOVÅRD OCH ELEVVÄLSA								
Ålder	Barnhälsovård						Elevhälsa	
	6 v	3 mån	5 mån	12 mån	18 mån	5 år	1-2	5-6
Årskurs							1-2	5-6
Rotavirus	Dos 1	Dos 2						
Difteri								
Stelkramp						Dos 4		
Kikhosta								
Polio		Dos 1	Dos 2	Dos 3				
Hib typ B								
Hepatit B								
Pneumokocker		Dos 1	Dos 2	Dos 3				
Mässling								
Påssjuka					Dos 1		Dos 2	
Röda hund								
HPV (flickor)								Dos 1+2

Dessa sjukdomar kan ge allvarliga komplikationer både vid sjukdomen men också mer långsiktigt. Vid vaccination får man ett bra grundskydd mot dessa infektioner.

Gällande barn: _____

Personnummer: _____

- Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras enligt ordinarie program
- Jag vill att mitt barn får utvalda delar av vaccinationsprogrammet enligt nedan,

- Nej, jag vill inte att mitt barn vaccineras

Ort: _____ Datum: _____

Förälders/vårdnadshavares namnteckning

Förälders/vårdnadshavares namnteckning

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Undertecknas av båda vårdnadshavarna om vårdnaden är gemensam