

## Covidvaccination - Samtycke och hälsodeklaration barn 12-15 år

Folkhälsomyndigheten rekommenderar vaccination till barn och unga endast i enskilda fall och i samråd med ansvarig läkare. [Svenska Barnläkarföreningen](#) har definierat i vilka situationer detta kan vara aktuellt. Barnets behandlande läkare gör en individuell bedömning om vaccinationen behövs.

### På denna blankett meddelas om barnet ska vaccineras eller inte.

Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna lämna samtycke. Lämnas inte samtycke innebär det att barnet inte kommer att vaccineras. Alternativt är om endast en vårdnadshavare följer med behöver samtycke skrivas under av den andre i förväg.

Inför vaccination ber vi dig också besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan.

### PERSONUPPGIFTER (fylls i av vårdnadshavare)

Barnets namn:

Barnets personnummer:

### SAMTYCKE TILL VACCINATION (fylls i av vårdnadshavare)

Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras mot Covid-19

### HÄLSODEKLARATION (Ifylls av vårdnadshavare vid samtycke till vaccination)

1. Har barnet någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård?  
Ja  Nej
2. Har barnet allergier som någon gång gett kraftiga reaktioner som han/hon behövt sjukhusvård för?  
Ja  Nej
3. Har barnet ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?  
Ja  Nej
4. Är barnet gravid?  
Ja  Nej
5. Har barnet vaccinerat sig någon gång under de senaste 7 dagarna?  
Ja  Nej

---

Vårdnadshavare 1 (namnteckning, namnförtydligande och telefonnummer dagtid)

---

Vårdnadshavare 2 (namnteckning, namnförtydligande och telefonnummer dagtid)

## ORDINATION OCH DOKUMENTATION (fylls i av personal)

Dokumenteras i patienjournalen, se [Covidvaccination – Dokumentation och registrering](#)

Samtycke: Ja

ID-kontroll utförd: Ja

Vaccinationsdatum:

Vaccinationsplats:

Covid- 19-vaccin:

Batch-/lotnummer:

Administrering: Höger arm  Vänster arm

Ev. annan lokalisation för administrering eller övrig kommentar:

---

Ordinatörens namn	Signatur
-------------------	----------

---

Vaccinatörens namn	Signatur
--------------------	----------