

## Covidvaccination - Samtycke och hälsodeklaration 12-15 år

Med start i oktober erbjuds vaccination mot covid-19 till barn och ungdomar från 12 år och uppåt. För fullgod effekt ges två doser av vaccinet med ett intervall på 4-7 veckor.

**På denna blankett meddelar du om ditt barn ska vaccineras eller inte.** Blanketten ska lämnas in till ditt barns skola enligt instruktioner från skolan.

Vid gemensam vårdnad ska bägge vårdnadshavarna lämna samtycke. Lämnas inte samtycke innebär det att ditt barn inte kommer att vaccineras på skolan. Samtycket omfattar båda doserna. Alternativ till bådars underskrift är att en vårdnadshavare är med vid vaccinationen. Blanketten ska ändå lämnas in i förväg.

Inför vaccination ber vi dig också besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan. Svaren i hälsodeklarationen omfattar båda doserna. **Som vårdnadshavare ansvarar du för att meddela skolsköterskan om svaren på frågorna ändras mellan dos 1 och dos 2.**

### PERSONUPPGIFTER (fylls i av vårdnadshavare)

Barnets namn:

Barnets personnummer:

Skola:

Klass:

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

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

Nej, jag vill inte att mitt barn vaccineras mot Covid-19

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

1. Har ditt barn någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?

Ja  Nej

2. Har ditt barn allergier som någon gång gett kraftiga reaktioner som han/hon behövt sjukhusvård för?

Ja  Nej

3. Har ditt barn ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?

Ja  Nej

4. Är ditt barn gravid?

Ja  Nej

5. Har ditt barn 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)****Dos 1** Samtycke: Ja ID-kontroll utförd: Ja 

Vaccinationsdatum:

Vaccinationsplats:

Covid- 19-vaccin: Comirnaty  Spikevax 

Batch-/lotnummer:

Administrering: Höger arm  Vänster arm 

Ev. annan lokalisation för administrering eller övrig kommentar:

---

**Ordinatörens namn****Signatur**

---

**Vaccinatörens namn****Signatur****Dos 2** Samtycke: Ja ID-kontroll utförd: Ja 

Vaccinationsdatum:

Vaccinationsplats:

Covid- 19-vaccin: Comirnaty  Spikevax 

Batch-/lotnummer:

Administrering: Höger arm  Vänster arm 

Ev. annan lokalisation för administrering eller övrig kommentar:

---

**Ordinatörens namn****Signatur**

---

**Vaccinatörens namn****Signatur**