

Till vårdnadshavare/god man

Samtycke till kompletterande vaccination enl det svenska vaccinationsprogrammet

I det svenska vaccinationsprogrammet ingår vaccinationer mot; Diphteria, Tetanus, Pertussis, Polio, Hepatitis B, Morbilli, Parotit, Rubella och HPV

Pers nr	Namn	Klass	LMA/Dossiernr
Har eleven;		Ja	Nej
allvarlig allergi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fått allergisk reaktion vid tidigare vaccination?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kronisk sjukdom?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fått annan vaccination de tre senaste månaderna?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För flickor; är du gravid?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat Ja på någon av ovanstående frågor, lämna gärna kompletterande information här:

Skolläkare bedömer och ordinerar vilka vaccinationer elever är i behov av. Skolsköterskan kallar sedan till vaccination.

Samtycke till vaccination

Jag godkänner att eleven vaccineras enligt det svenska vaccinationsprogrammet.

Ja

Nej

Datum

Vårdnadshavares/godmans underskrift

Telefonnummer till vårdnadshavare/godman dagtid

Namnförtydligande

Elevhälsan utgår från att vårdnadshavare med gemensam vårdnad agerar i samförstånd om enbart en skriver under.

För din information vill vi meddela att uppgifterna på denna blankett används för förbundets administrativa rutiner. Behandlingen gäller tillsvidare och ett återkallande av ditt medgivande påverkar inte lagligheten av behandlingen innan medgivandet återkallades.

Du har rätt att kontakta oss för att få information om vilka uppgifter som behandlas om dig, läs mer på www.hufb.se/dataskydd för information om dina rättigheter och kontaktuppgifter till oss. Du har rätt att lämna klagomål till vårt dataskyddsombud och tillsynsmyndighet om du tycker att vi behandlar dina personuppgifter på ett felaktigt sätt.